

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS Bela Vista do Piató, Assú/RN**

**Yoel Raydel Marzán De la Rosa**

**Pelotas, 2015**

**Yoel Raydel Marzán De la Rosa**

**Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS Bela Vista do Piató, Assú/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Andressa de Andrade

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS**  
**Catálogo na Publicação**

R788m Rosa, Yoel Raydel Marzán de la

Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Bela Vista do Piató, Assú/RN / Yoel Raydel Marzán de la Rosa; Andressa de Andrade, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Andrade, Andressa de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer”.

(Albert Einstein)

## **Agradecimentos**

A Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

À minha noiva pelo apoio incondicional na realização deste trabalho.

À minha orientadora Andressa de Andrade pela ajuda e dedicação.

A todos os colegas e amigos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho.

## Resumo

ROSA, Yoel Raydel Marzán De la. **Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Bela Vista Piató, Município De Assú/RN.** 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no mundo contemporâneo, sendo que entre os fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus desempenham papel preponderante, uma vez que ambas são consideradas um dos mais importantes problemas de saúde mundial. Portanto, o controle adequado desses pacientes constitui uma prioridade na atenção primária de saúde. O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Bela Vista do Piató, localizada no município de Assú/RN. A intervenção ocorreu no período de 16 semanas, envolvendo toda a equipe de saúde que desenvolveu ações nos eixos de qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação. Como instrumentos de atualização da equipe de saúde e acompanhamento do público alvo utilizou-se o Manual de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, além da ficha espelho e da planilha de coleta de dados disponibilizadas pela UFPel. Como resultados da intervenção, foram cadastrados no Programa HIPERDIA 84% dos usuários hipertensos, equivalente a 400 pacientes e mantivemos o cadastro de 100% dos diabéticos, totalizando 213 usuários; 92,8% dos hipertensos e 98% dos diabéticos cadastrados passaram a utilizar medicamentos da farmácia popular. Observamos que 99% dos diabéticos, assim como 98% dos hipertensos tiveram realizada a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia e finalmente 100% dos usuários cadastrados para ambas as doenças receberam orientação para a promoção de saúde, fatores que possibilitaram uma melhoria significativa nos indicadores de qualidade, seguido de uma maior efetividade do Programa HIPERDIA, o que resultou em melhores condições de saúde e de vida para a população de nossa área de abrangência. Para a equipe de trabalho a intervenção inicialmente representou um desafio pelas dificuldades e limitações encontradas na UBS, mas fomos à luta sem medir esforços e, somando entusiasmo, responsabilidade e trabalho, atingimos bons resultados; crescemos juntamente com a comunidade, pois foi de grande valor o aprendizado obtido, alcançando hoje um atendimento melhor organizado.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na unidade de saúde.	57
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na unidade de saúde.	58
Figura 3	Proporção de Hipertensos e Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	59
Figura 4	Proporção de Hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	60
Figura 5	Proporção de Diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	60
Figura 6	Proporção de Hipertensos e Diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.	61
Figura 7	Proporção de Hipertensos e Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	62
Figura 8	Proporção de Hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.	63
Figura 9	Proporção de Hipertensos e Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	64
Figura 10	Proporção de Hipertensos e Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	65

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família
ZPE	Zona de Processamento de Exportação



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica .....	23
2.1 Justificativa .....	23
2.2 Objetivos e metas .....	24
2.2.1 Objetivo geral .....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia .....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	36
2.3.3 Logística .....	42
2.3.4 Cronograma.....	45
3 Relatório da Intervenção.....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	54
4 Avaliação da intervenção.....	56
4.1 Resultados.....	56
4.2 Discussão .....	66
5 Relatório da intervenção para gestores .....	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências .....	77
Apêndices.....	78
Anexos. ....	80

## **Apresentação**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso de especialização. Nosso foco foi a melhoria da atenção a Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Bela Vista do Piató, do município de Assú/RN.

O presente volume apresenta os resultados deste processo em sete seções: a primeira está composta pela Análise Situacional, a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, a terceira pelo Relatório Final da Intervenção, e a quarta pela Avaliação da Intervenção, que descreve os resultados e apresenta uma discussão acerca do trabalho. Ao final apresentamos o Relatório da intervenção para gestores, o Relatório da intervenção para comunidade e a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Bela Vista do Piató localizada na zona rural da cidade de Assú/RN, para a qual fui escalado para prestar serviço e onde o atendimento é distribuído em aproximadamente 20 comunidades distantes geograficamente uma da outra. O trabalho é realizado a cada dia em lugares diferentes; apenas uma dessas comunidades tem Unidade Básica de Saúde fixa para atendimento dos usuários, as demais dependem de unidades móveis. Assim, alguns atendimentos são feitos em domicílios, escolas e igrejas.

Enfrentamos algumas dificuldades nessas comunidades e uma delas é o difícil acesso, pois são muito distantes umas das outras, e os acessos bastante precários. Quanto a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)/Atenção Primária a Saúde (APS), em todas estas comunidades são realizados atendimentos, por meio de acompanhamento do agente comunitário de saúde (ACS), técnico de enfermagem e enfermeiros. Sinto-me realizado e feliz em poder ajudar a estas pessoas e melhorar o estado de saúde das mesmas.

A cada dia trabalho em uma comunidade diferente e que não conta com o que está descrito em termos de estrutura pelo Ministério da Saúde (MS), dificultando assim o atendimento de qualidade para as famílias, pois estes locais além da estrutura também não possuem equipamentos adequados. Faltam em alguns consultórios adequados, água, iluminação, balanças tanto para adultos como pediátricas, etc.

Os medicamentos são transportados diariamente em caixas, junto com a equipe de saúde em um carro com destino a comunidade em que vai ser feito o atendimento no dia.

A UBS Bela Vista do Piató é composta por dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar odontológico, onze agentes comunitários de saúde (ACS) e um médico. A esta UBS estão adscritos 2.629 usuários. Apesar das dificuldades enfrentadas fazemos um trabalho com competência e de responsabilidade junto a estas comunidades.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Assú é um município brasileiro localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte situado na microrregião do Vale do Assú, que está na mesorregião do Oeste Potiguar e no Polo Costa Branca, a 207 km da capital do estado, Natal. Os municípios limítrofes são Serra do Mel, Carnaubais Mossoró Upanema Paraú, Jucurutu, São Rafael, Itajá, Ipanguaçu, Afonso Bezerra e Alto do Rodrigues. A área territorial do município é de 1.269,235km<sup>2</sup>. Criado por Ordem Régia em 22 de julho de 1766, inicialmente a cidade foi denominada de Vila Nova da Princesa, em homenagem à princesa Dona Carlota Joaquina de Bourbon, que se casou com D. João VI em abril de 1785 (PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSU, 2014).

A Lei Provincial nº 124, de 16 de outubro de 1845, concedeu à Vila Nova da Princesa o nome de Assú, originário da expressão tupi taba-açu, que significa aldeia grande, uma área de agrupamento de índios guerreiros da região. Tem aproximadamente 53.000 habitantes (IBGE/2010), sendo 39.369 na cidade e 13.876 nas comunidades rurais do município. Atualmente a cidade está em pleno crescimento econômico e é provável que se torne mais acentuado nos próximos cinco anos com a implantação da zona de processamento de exportação (ZPE) do sertão, local onde irá se instalar um parque industrial com enormes benefícios fiscais e boa infraestrutura, o que trará um grande desenvolvimento para a cidade e para as cidades vizinhas, fortalecendo a economia da região e do estado (PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSU, 2014).

Apesar da importância da agricultura (fruticultura voltada para a exportação) e da pecuária, destacam-se a indústria (cerâmica e a petrolífera, entre outras) e o setor de serviços, além do comércio e da Pesca. De acordo com dados do IPEA do ano de 1996, o PIB era estimado em R\$48,77 milhões, sendo que 9,8% correspondia às atividades baseadas na agricultura e na pecuária, 32,1% à indústria

e 58,8% ao setor de serviços. O PIB per capita era de R\$ 1.082,51 (PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSU, 2014).

Culturalmente, o carnaval, a festa de São João e o Assú folia são os símbolos culturais da cidade. O turismo se beneficia por atrativos como as chapadas, lagoas e outras belezas naturais, tendo como principais pontos a Praça São João Batista, os casarões históricos, a Barragem Armando Ribeiro Gonçalves e a Lagoa Piató.

Considerando o sistema de saúde podemos dizer que a configuração da Saúde no Brasil, assim como na maioria dos países, é regida por diversos fatores, que incluem clima, as necessidades da população e sua interação com o meio ambiente. O sistema de saúde brasileiro é composto por um grande sistema público, gerado pelo governo, chamado Sistema Único de Saúde (SUS), que atende a maioria da população, e pelo setor privado, gerado por fundos de seguros de saúde privados e empresariais; o município Assú não é estranho a esta realidade.

A cidade conta com um hospital público estadual, o Hospital Regional Dr. Nelson Inácio, o Centro Clínico Dr. Ezequiel Epaminondas, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Reabilitação e ainda 16 Unidades Básicas de Saúde, 100% com ESF, das quais dez estão em áreas urbanas e as restantes estão localizadas em áreas rurais. O município também conta com estabelecimentos privados que têm convênios através da Prefeitura Municipal de Assú, prestando atendimentos no SUS, por exemplo: o Centro de Maternidade, um Centro de Imagenologia e quatro laboratórios clínicos, a fim de proporcionar uma adequada disponibilidade de exames complementares. Além disso, conta com 81 leitos hospitalares, dos quais 77 estão disponíveis ao SUS. Quanto às especialidades médicas, oferece disponibilidade de atenção especializada gratuita à população e, portanto, tem dois ortopedistas, dois psiquiatras, um neurologista, um ginecologista, um nutricionista, um cardiologista, um mastologista, um urologista, um pediatra e um psicólogo.

O município conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2014). Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, as equipes de atenção básica para populações

específicas; o NASF engloba uma equipe de profissionais responsáveis por apoiar todas as ações da Estratégia de Saúde na Família, entre esses profissionais estão terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, médico geriatra, pediatra, psiquiatra, médico internista, médico do trabalho, médico veterinário e outros. A cidade também conta com o Programa Melhor em Casa, muito importante já que permite que os pacientes tenham acesso ao tratamento em casa, junto com a família, envolvendo todos para a recuperação da saúde.

A UBS Bela Vista Piató, onde atuo, conta com o modelo de atenção de ESF, uma estratégia de reorientação do modelo de assistência à saúde, feito através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. No nosso caso são 875 famílias, totalizando 2629 usuários cadastrados, para os quais nossas equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

A unidade é composta por duas equipes de trabalho, sendo cada uma formada por um enfermeiro, um técnico de enfermagem e contando ambas com onze agentes comunitários de saúde (ACS); atualmente ocupo o cargo de médico das duas equipes; reforço que o trabalho para esta UBS é para dois profissionais médicos, porém até agora só temos um.

Pelo que observo nosso trabalho é afetado, uma vez que atendemos cerca de 20 comunidades geograficamente distantes uma da outra, que além de serem separadas não compartilham dos mesmos acessos, pois estão em pontos cardeais diferentes. Com isso, evidenciamos a necessidade de outro profissional médico na UBS, para completar as duas equipes de trabalho, uma vez que, geograficamente a área de cobertura é muito ampla para garantir um adequado atendimento. Apesar das dificuldades, nosso trabalho vai caminhando para melhorar a saúde da população, levando em consideração dados como perfil demográfico e epidemiológico, contexto histórico e cultural, lideranças locais e outros, considerados fatores importantes para nossa intervenção no processo saúde-doença.

Considerando a estrutura da UBS, temos muitas dificuldades, pois em termos estruturais ela diverge muito da estrutura prescrita no manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, ou seja, a realidade não é compatível com o que

está escrito no manual; enfatizamos que não precisamos de novas leis, apenas de que estas que já existem sejam realmente vigoradas.

A UBS em que trabalho possui barreiras arquitetônicas impostas as pessoas com limitações temporárias, aos idosos e aos portadores de deficiências, o que impede o exercício do mais básico direito de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente; como exemplo citamos a presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados. Vale ressaltar que ao mês só são realizados dois atendimentos no local que corresponde a UBS, já que o restante é realizado em locais adaptados com muito menos condições para realizar um atendimento adequado.

A maioria desses lugares não tem ventilação, boa iluminação, banheiro, lavabos com água para a higiene das mãos, não possui sala com privacidade, maca, faltam também escritórios, cadeiras, balanças para adultos e infantis, antropômetro para adultos e para crianças, foco de luz, geladeiras exclusivas para vacinas, maca para exame clínico, mesa ginecológica, nebulizador, negatoscópio e outros; exemplos desses locais adaptados são domicílios, escolas, igrejas, etc.

Para enfrentar essas deficiências nossa equipe confeccionou relatórios, entregados a secretaria municipal da saúde, sugerindo um projeto de mudanças sobre a estrutura física dos locais citados anteriormente, enfatizando a necessidade de adquirir os equipamentos faltantes, assim como a mobília inexistente e insuficiente, que caracteriza os locais onde trabalhamos. Esses fatores são preocupantes, pois sabemos que para um bom atendimento são necessários equipamentos e estrutura de qualidade. A falta de materiais adequados pode limitar uma consulta e isso implica diretamente tanto para o profissional como para o paciente, diminuindo a qualidade do atendimento.

Vale salientar, que na prática não é possível o deslocamento dos pacientes para a UBS por questões já assinaladas, referidas a localização geográfica das aproximadamente 20 comunidades. Além disso, é necessário também completar os recursos humanos da outra equipe de trabalho que existe na UBS, sendo preenchida com outro profissional médico, de forma que cada equipe possa oferecer um melhor atendimento, muito mais eficiente e qualificado.

Em 2014 foi realizado o cadastramento da população da área e detectamos que o número de equipes não é adequado ao tamanho da população fundamentalmente pela localização das comunidades, tendo atualmente a necessidade de intercalar os dias de atendimento médico com uma e outra equipe

respectivamente. Desde que cheguei a unidade, há cerca de seis meses, está prevista a chegada de outro profissional médico, de forma que cada um trabalhe com uma equipe.

O trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do agente comunitário de saúde e dos usuários. Procuramos conhecer a realidade das famílias pelas quais somos responsáveis, neste caso temos 875 famílias cadastradas, totalizando 2.629 usuários, representadas por 1.451 mulheres e 1.178 homens.

A distribuição da população por sexo e faixa etária corresponde à estimativa da distribuição brasileira, pois se pode perceber mudanças na pirâmide demográfica, como o aumento da população idosa (acima dos 60 anos) e o aumento da prevalência de doenças crônicas neste grupo etário, tais como: diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), fundamentalmente devidas a inadequados estilos de vida, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo.

Identificamos os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais a população está exposta e desenhamos intervenções para a melhoria dos problemas mais frequentemente encontrados, tanto no âmbito individual como coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, buscando sempre a atenção integral do indivíduo como um ser biopsicossocial.

O acolhimento na UBS é realizado com efetividade por todos os membros da equipe com uma boa qualidade, todos os dias da semana; acolhemos à demanda espontânea com um posicionamento concreto de defesa da vida, pois sempre atendemos as necessidades dos usuários; levamos em conta aquilo que o usuário define, com formas e graus variados e o que é necessidade de saúde para ele.

Toda demanda apresentada pelo usuário é acolhida. Escutamos, problematizamos e reconhecemos como legítima, lembrando que o acolhimento não se reduz a uma etapa ou a um lugar, já que as unidades de atenção básica tem que estar abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos, pois um paciente não decide o dia nem a hora em que vai ficar doente, como tampouco não decide um paciente portador de doença crônica (que é acompanhado regularmente por ações programáticas) quando vai descompensar.



A saúde da criança foi a primeira ação programática estabelecida na Atenção Primária à Saúde, por isso a priorizamos e traçamos como objetivo a redução da morbimortalidade infantil. Na UBS Bela Vista Piató temos atualmente 31 crianças menores de um ano cadastradas, o que corresponde a 100% dos lactantes existentes na área, número que concorda com a lista de denominadores da parte demográfica do Caderno de Ações Programáticas. A todas as crianças foram realizados teste do pezinho e ressaltamos a importância da puericultura, pois mediante esta consulta avaliamos o desenvolvimento integral das crianças, desde o ponto de vista psicomotor. Monitoramos e avaliamos o crescimento das mesmas, realizamos a orientação nutricional e o acompanhamento do peso.

Nossa equipe realiza visitas domiciliares na primeira semana de vida das crianças junto com os agentes comunitários, para aproximar-nos do contexto de vida das famílias, incentivando a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo desta forma, atividades educativas e mais humanizadas, identificando sinais de perigo à saúde da criança e estimulando o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, não encontrando-se nenhuma situação que precisasse indicação médica pra substituição parcial ou total do leite materno.

Mantemos atualizada a carteira de vacina segundo a preconização do Calendário Básico de Vacinação da Criança no Brasil; a vacinação é oferecida na unidade e também é levada até as comunidades do interior. Para as crianças maiores de 12 meses (até 72 meses de idade) prestamos atendimento similar, acompanhamos cuidadosamente seu crescimento e desenvolvimento, reforçamos a importância de manter adequados padrões alimentares como, por exemplo, o correto controle da ingestão de açúcar evitando seu uso frequente para diminuir a ocorrência de lesões de cárie e estimulamos uma boa higiene bucal na mais tenra infância.

Também contamos com trabalho nas escolas, cenário onde são levadas a cabo muitas destas atividades por nossa equipe como vacinação, identificação de riscos para evitar a ocorrência de acidentes estimulando a modificação dos mesmos, e proporcionando uma boa qualidade de vida. Além da carteira de vacinação, 100% das crianças tem prontuário médico e também tem as cadernetas das crianças atualizadas.

Em relação ao pré-natal temos atualmente 19 gestantes cadastradas, o que corresponde a 100% das gestantes existentes na área. Todas iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e cumprimos com o número ideal de consultas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Solicitamos sempre na primeira consulta os exames correspondentes. Além disso, cumprimos com a vacinação de rotina para a totalidade das gestantes seguindo as recomendações do Programa Nacional de Imunizações, do Ministério da Saúde no Brasil.

Todas as gestantes cumprem com o tratamento preventivo da anemia conforme o protocolo; temos dificuldades apenas com a atenção à saúde bucal, já que não contamos especificamente com o serviço propriamente na UBS. As gestantes são encaminhadas para o centro clínico na cidade, a fim de obter acesso ao atendimento de saúde bucal.

O número de gestantes não concorda com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas que é de 39 usuárias, pois temos 19 gestantes as quais representam os 100% das gestantes, porém todas as gestantes pertencentes a área fazem o acompanhamento na UBS (apontamos que nenhuma gestante faz atendimento privado atualmente). Acreditamos que este número inferior é devido a um bom planejamento familiar e a inversão da pirâmide etária no país, caracterizada pelo menor número de nascimentos e pelo aumento do número de idosos. Nossa equipe possui o livro de registro para as gestantes e puérperas, assim como os prontuários do paciente, ferramentas valiosas onde ficam registrados os indicadores de qualidade; também contamos com o protocolo do atendimento pré-natal.

Nossa equipe acompanha o puerpério no devido tempo, avaliamos o estado de saúde da mulher e do recém-nascido, orientamos a família para a amamentação, recomendamos acerca dos cuidados básicos com o recém-nascido, identificamos situações de risco, orienta-se o planejamento familiar entre outras ações. A estimativa da cobertura para o puerpério é de 100% das puérperas o que corresponde a 31 usuárias; nossa UBS conta com registro específico que é o livro de puérperas.

A prevenção do câncer de colo de útero e mama precisa de toda a atenção e do trabalho da equipe em conjunto, devido às elevadas taxas de morbimortalidade por câncer ginecológico e de mamas no Brasil. A cobertura de prevenção do câncer de colo de útero e de mama abrange todas as comunidades onde trabalho, no entanto ainda temos muito por fazer, especialmente quanto ao controle de câncer de

colo uterino, já que neste programa a qualidade do mesmo não depende só da equipe de saúde.

Em nossa área enfrentamos sérios problemas, em primeiro lugar não se conta com estrutura adequada em todas as comunidades para fazer um exame citopatológico, o que na maioria das vezes é realizado em locais adaptados, não dispõe de mesa ginecológica suficiente para todas as comunidades, não temos água, não temos boa iluminação, não garantimos privacidade e outros. Além disso, as amostras são processadas no centro clínico (na cidade) fora da área rural e outras vezes fora do município, o que resulta em um grande problema, pois temos pacientes que realizaram o exame citopatológico a nove meses e ainda não obtiveram o resultado.

O controle de câncer uterino e de mamas é organizado por microáreas, mas não é possível o deslocamento dos pacientes até a UBS para este controle fundamentalmente pela situação geográfica das comunidades. Consideramos que o serviço da atenção à saúde da mulher no município deve ser reorganizado, fortalecendo ainda mais as redes de referência e contra referência entre os serviços de saúde, já que o contato direto do laboratório com a UBS não é possível, pois a UBS não tem conectividade telefônica, internet, transporte público, mas por outra parte existe um sistema de entrega dos resultados diretamente com o centro clínico e deste com a UBS, o qual ameniza esta problemática.

Na UBS temos atualmente 562 mulheres entre 25 e 64, e há 266 exames citopatológicos atualizados sendo, portanto, nossa cobertura de 47,3%. No entanto, existem muitas dificuldades com o resultado e processamento das amostras do Papanicolau, dificuldades conhecidas pelas autoridades municipais e estaduais. Apesar disso, atualmente a Secretaria Municipal de Saúde está se esforçando para resolver este problema; atualmente as amostras são processadas em outro laboratório clínico que fica fora do município e como a UBS Bela Vista Piató não conta com conectividade telefônica, nem com internet ou transporte público, resulta impossível o contato direto com o laboratório, mas apesar disso o laboratório tem contato direto com o centro clínico e este conosco e, desta forma, nossa equipe leva o resultado até as comunidades.

Fazemos avaliação de risco para câncer de colo de útero, orientamos sobre prevenção e sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) a 100% das pacientes cadastradas. É positivo ressaltar que na UBS não detectamos até o

momento exames com alterações malignas, apenas constatação de alterações celulares benignas.

Com relação ao câncer de mama não temos essas dificuldades e o trabalho é realizado adequadamente. Na UBS temos atualmente 300 mulheres de 50 a 69 anos, número que é superior ao estimado na parte demográfica do Caderno de Ações Programáticas, processo que acreditamos estar relacionado com o envelhecimento populacional. O número estimado de mulheres entre 50 e 69 anos pelo caderno é de 198 mulheres.

Temos um bom rastreamento por meio de mamografia de acordo com as recomendações do Ministério de Saúde, apesar de que as pacientes precisam ser encaminhadas até o centro clínico da cidade. Não temos mamografia com mais de três meses de atraso, orientamos sobre prevenção do câncer de mama e avaliamos o risco para o mesmo a 100% das mulheres residentes na área.

Até o momento em nossa UBS não há nenhuma usuária portadora do câncer de mama. O programa de câncer de colo uterino e de mama é planejado e monitorado e as ações de controle são feitas por todos os membros da equipe de saúde. O universo das pacientes de 50 a 69 anos tem mamografia em dia e isto fica registrado em cada prontuário, assim também para o exame citopatológico.

Considerando a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), nosso trabalho demanda estratégias efetivas de promoção da saúde e a detecção de grupos de risco para intervenções preventivas, de maneira que a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais, residentes na área da UBS seja adequada a nossa realidade. A hipertensão arterial é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis na UBS. Atualmente existem 311 pacientes cadastrados e todos são maiores de 20 anos de idade. A estimativa do CAP para HAS em nossa área é de 545 usuários, existindo uma demanda oculta, já que nosso número é inferior, enfatizando a necessidade de um cadastro atualizado dos hipertensos da área.

Em relação a DM, a totalidade dos pacientes com 20 anos ou mais que reside na área da UBS, concorda com a estimativa oferecida pelo Caderno das Ações Programáticas: temos 156 pacientes cadastrados atualmente. A estimativa do CAP para DM é de 156 pacientes. A totalidade dos pacientes (100%) tem realizado estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, não tendo nenhum atraso de consultas agendadas, também tem realizado exames físicos dos pés nos últimos

três meses, assim como palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés.

As ações de atenção aos hipertensos e diabéticos estão estruturadas e protocolizadas por programas preconizados pelo Ministério de Saúde do Brasil, de maneira que juntamente com os membros da equipe de saúde, garantimos atendimento a todas as comunidades pertencentes à UBS. A modificação de modos e estilos de vida, são fundamentais na prevenção e tratamento das doenças crônicas degenerativas, por isso oferecemos atividades de educação em saúde, ressaltando a importância de uma alimentação adequada, do controle do peso corporal, evitando a obesidade. Estimulamos a prática de exercícios físicos, o abandono do tabagismo, a redução do consumo de bebidas alcoólicas, a diminuição do estresse e outras. Todos os pacientes registrados no Programa HIPERDIA têm acesso gratuito ao tratamento farmacológico prescrito.

Quanto às dificuldades em relação à atenção ao hipertenso e ao diabético, mencionamos a baixa cobertura aos hipertensos (311 usuários) quando comparada a estimativa do CAP à qual é de 545 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área.

a não existência de consultórios odontológicos na UBS e a necessidade obrigatória do encaminhamento para o centro clínico, para que os pacientes possam receber este serviço. Além disso, existem dificuldades de ordem material e estrutural que repercutem negativamente em nosso trabalho do dia a dia.

As dificuldades de ordem material são: não existe nos locais de atendimento antropômetro para adultos, balanças e, por conseguinte, não se pode fazer uma correta avaliação do estado nutricional do paciente, pois não se pode determinar o IMC, ferramenta importante para uma avaliação integral. Não contamos com negatoscópio, oftalmoscópio, mesa para exame clínico, não oferecemos privacidade para examinar os pacientes etc. Os pacientes são registrados na ficha do HIPERDIA e prontuário médico e possuem a Caderneta de hipertensão e a Caderneta de diabetes mellitus.

Analisando a ação programática direcionada aos idosos, afirmamos que a estimativa do número de idosos residentes em nossa área é adequada a realidade do país. A UBS tem 285 pessoas idosas cadastradas e a cobertura de Saúde dos Idosos abrange todas as comunidades de maneira adequada (100%). Trabalhamos

em equipe e objetivamos que todos os idosos de nossa área tenham acesso a uma saúde gratuita e universal, enfatizando ações de prevenção e promoção da saúde.

A totalidade dos pacientes possui a caderneta de saúde da pessoa idosa, possibilitando a identificação do idoso frágil por meio do índice de vulnerabilidade clínico funcional e o monitoramento de condições crônicas de saúde. Assinalamos que nossa UBS conta com 136 e 55 pacientes idosos portadores de HAS e DM respectivamente e que todos esses pacientes recebem tratamento farmacológico gratuito e de igual forma tem acesso aos exames laboratoriais, porém precisam ser encaminhados para fora da zona rural para realizar os mesmos.

Em nossa UBS se realizam atendimentos aos idosos todos os dias da semana e também estamos abertos e preparados para acolher a demanda espontânea; fazemos atividades de promoção da saúde com temas de interesse para o grupo onde, por exemplo, orientamos sobre hábitos alimentares adequados, sobre a importância da prática de exercícios de forma regular para evitar o sedentarismo, obesidade e manter um ótimo estado mental.

As ações de atenção à saúde do idoso são planejadas, estruturadas e protocoladas, incluindo familiares e cuidadores (quando existentes), participando todos os membros da equipe de saúde, produzindo assim uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito as culturas locais, as diversidades do envelhecer e a diminuição das barreiras arquitetônicas.

Nossa equipe busca sempre o máximo da autonomia dos usuários frente a suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Apontamos que na UBS não temos idosos em situações de abandono ou outras situações que apontem que seus direitos estão negligenciados.

Existe no Brasil uma Política Nacional de Saúde Bucal que garante ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira; a população recebe tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de existir o apoio do governo federal e do enorme esforço das autoridades competentes, ainda encontramos muitas dificuldades quanto à saúde bucal.

Nossa UBS não conta com serviços odontológicos, como também ocorre na maioria das UBS do município de Assú. Toda a população de nossa área precisa ser encaminhada para o centro clínico na cidade, o qual não tem equipamentos nem especialistas suficientes para atender toda a demanda, motivo pelo qual atualmente

este serviço apresenta sérias dificuldades, não só onde trabalho, mas também em todo o município, sendo um problema conhecido pela gestão do município.

O centro clínico, tampouco possui uma boa cobertura de saúde bucal como referi anteriormente e, além disso, o mesmo prioriza atualmente o aspecto curativo, já que dispõe de uma quantidade insuficiente de profissionais da área odontológica.

O município conta com um trailer adaptado para consulta odontológica, no entanto este é trasladado entre as comunidades rurais e é insuficiente para satisfazer toda a demanda, já que a zona rural do município é extensa. Assinalamos como aspecto a melhorar, a contratação pelos órgãos responsáveis de mais profissionais da área odontológica, além disso, valorizar a obtenção de outros trailers adaptados para estas ações, para que se possa reverter a problemática em que a saúde bucal está inserida.

Avaliando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados na UBS Bela Vista Piató, apontamos em primeiro lugar a inadequada estrutura física dos locais adaptados onde são realizados os atendimentos da equipe, pois para realizar um bom trabalho na atenção básica, é necessário entre outras condições, a garantia de uma infraestrutura apropriada, com disponibilidades de equipamentos adequados, insumos suficientes, viabilizando desta forma um trabalho de qualidade, tanto para quem executa quanto para quem recebe a assistência.

Apesar de todas as dificuldades e limitações oferecemos um bom atendimento, nossa equipe possui um adequado nível técnico, profissional e humano, realizamos ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assim como diagnosticamos, tratamos e reabilitamos, mantendo a saúde da população, olhando os indivíduos como seres biopsicossociais.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

O relatório da análise situacional oferece uma descrição mais completa da situação da ESF do que o texto desenvolvido durante a unidade de ambientação do curso. A construção do primeiro permitiu-me uma visão minuciosa da UBS em termos de estrutura, materiais e equipamentos, e concluímos que a UBS está distante do preconizado no Manual da Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Neste aspecto assinalamos a necessidade de uma adequada estrutura física

para que se possa prestar um melhor atendimento, com resolutividade, elementos significativos neste processo.

Neste sentido, o relatório final da análise situacional nos permitiu concluir que os problemas enfrentados na UBS Bela Vista Piató, estão relacionados à questão estrutural, falta de equipamentos, materiais e falta de um profissional médico, fato que já comunicamos as máximas autoridades do município, a fim de solucionar essa problemática e podermos garantir um atendimento adequado e qualificado a 100% dos usuários da área de abrangência da UBS.



## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

A Hipertensão Arterial sistêmica é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica, tornando-se responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Representa um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas quando adequadamente controlada é possível reduzir notavelmente as limitações funcionais e as incapacidades. Da mesma forma, a prevalência da Diabetes Mellitus (DM) está aumentando na população brasileira, sendo a principal causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013).

Optei em realizar meu projeto de intervenção com foco na melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos, uma vez que são doenças com uma alta prevalência na área de abrangência da UBS Bela Vista Piató, assim como também são responsáveis por uma alta demanda de consultas médicas pelo descontrole da mesma. Além disso, há grande superposição entre os portadores de uma e de outra enfermidade. Trabalho em aproximadamente 20 comunidades diferentes e afastadas geograficamente umas das outras, por isso as mesmas têm como média um atendimento médico ao mês ou no máximo dois; a população da área adscrita é 2.629 pessoas, a UBS conta com duas equipes de trabalho, mas só conta com um profissional médico para as duas equipes, necessidade que enfatizamos, a fim de garantir maior número de atendimento médico aos usuários. Em termos de estrutura a UBS está bem distante do preconizado no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, pois trabalhamos em locais improvisados em cada

comunidade. Temos duas equipes constituídas por um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Ambas possuem onze agentes comunitários de saúde e apenas um médico.

Detectamos que o número de pacientes hipertensos residentes na área da UBS não concorda com a estimativa da parte demográfica do Caderno de Ações Programáticas (sendo inferior) e na realidade temos uma alta demanda de consultas médicas por Hipertensão Arterial, o que nos leva a pensar na existência de uma demanda oculta. A cobertura da HAS atualmente é de 58%. No caso da Diabetes Mellitus manteremos a cobertura para a totalidade dos usuários diabéticos garantindo aos 100% dos pacientes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, assim também como a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Os aspectos que podem ser melhorados na UBS para esse grupo são a ampliação da cobertura especificamente para os usuários hipertensos, garantir exames clínicos apropriados, assim como a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular tanto para os hipertensos como para os diabéticos, atualizar os registros e garantir atendimento odontológico.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos adultos portadores de HAS e/ou DM na UBS Bela Vista Piató, município de Assú/RN.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

3- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

4- Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Bela Vista do Piató, Município de Assú/RN. Participarão da intervenção todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos pertencentes a área de cobertura da UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Detalhamento:** Atualizaremos os registros do programa HIPERDIA para monitorar melhor os resultados da intervenção. Realizaremos visitas domiciliares com o objetivo de incorporar novos pacientes ao programa, assim como para buscar os pacientes faltosos. Esse trabalho vai ser realizado em equipe, sendo que o responsável por estas ações é o médico seguido com apoio dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Capacitar os agentes comunitários de saúde para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade básica de saúde.

**Detalhamento:** Os responsáveis por essas ações serão o médico e os enfermeiros, capacitando sobre a forma correta de verificar a pressão arterial e realização do hemoglicoteste, tanto aos técnicos de enfermagem como aos agentes comunitários, a fim de alcançar um atendimento eficaz aos pacientes hipertensos e diabéticos. Também realizaremos reuniões de trabalho mensalmente para monitorar o processo de cadastramento e assim garantir o registro adequado dos hipertensos ao Programa HIPERDIA.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada

maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Realizaremos palestras orientando aos pacientes, colocaremos murais informativos na unidade e nas distintas comunidades informando sobre as generalidades do Programa HIPERDIA, assim como da importância de modificar estilos de vida inadequados que constituem fatores de riscos para as doenças crônicas. Os responsáveis por essas ações serão o médico, os enfermeiros, técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para verificação do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe de trabalho encabeçada pelo médico e pelos enfermeiros manterá a carteira do HIPERDIA e o prontuário dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em dia, e buscará os pacientes portadores da doença faltosos, a fim de conseguir elevar o percentual de cobertura e atingir um número maior de pacientes hipertensos nas consultas, já que esta possui um número inferior ao ideal. Esta ação será realizada semanalmente todas as quintas feiras nos dois turnos manhã e tarde. Além disso, garantimos acolhimento à demanda espontânea e programada atendendo sempre as necessidades dos usuários. Esse trabalho vai ser realizado em equipe, sendo que o responsável por estas ações é o médico seguido pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e conforme a periodicidade recomendada. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Monitorar hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico

Detalhamento: Médico e os enfermeiros garantirão para a totalidade dos hipertensos a realização do exame clínico apropriado durante as consultas, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde. Será batalhada junto ao gestor municipal de saúde a garantia da realização dos exames laboratoriais para estes grupos. Através da ficha espelho serão monitorados os pacientes que fazem uso de medicamentos da farmácia popular e os que necessitam de atendimento odontológico para que ocorra o devido encaminhamento.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável por isto será o médico, capacitando sobre a forma correta para realizar o exame clínico a um paciente hipertenso tanto aos enfermeiros como aos técnicos de enfermagem, a fim de alcançar um eficaz e integral atendimento aos usuários hipertensos. Não poderemos contar com o odontólogo para esta atividade, pois este atende todo o município, recebendo grande demanda de trabalho diário.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade dos mesmos. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial e do diabetes assim como da importância de examinar corretamente e cuidadosamente os pés periodicamente, ou seja, através do acompanhamento regular. Colocaremos murais informativos na unidade e nas distintas comunidades informando sobre os diversos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial. O trabalho vai ser realizado em equipe, sendo que o responsável por estas ações é o médico seguido por os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários respectivamente.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

**Detalhamento:** Os responsáveis por essas ações serão o médico e os enfermeiros encarregados de capacitar aos técnicos de enfermagem sobre o atendimento integral dos pacientes hipertensos na atenção primária de saúde, com a finalidade de melhorar a situação da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos



em nossa UBS. O treinamento oferecido, objetivando a reorganização do serviço, terá uma periodicidade de 15 dias.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida semanalmente por meio de uma busca ativa aos pacientes que há mais de três meses não comparecem as consultas. O responsável por esta ação será o médico, enfermeiros e agentes comunitários juntos iremos fazer um levantamento mensalmente detectando esses pacientes faltosos e em seguida faremos visitas domiciliares aos mesmos, a fim de trazê-los a unidade e realizarmos as consultas na periodicidade correta conforme manda o protocolo.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida através da busca ativa realizada semanalmente casa a casa nos lares dos pacientes cadastrados em HIPERDIA. Escolheremos um dia da semana para sairmos em busca dos pacientes faltosos e dessa forma, já nos organizaremos para recebê-los sem que prejudique a demanda agendada. Assim, abriremos espaço para a demanda espontânea, toda a equipe já está informada e orientada para atender esses pacientes, o que deixa toda a equipe responsável em receber e atender bem a demanda espontânea, assim como a programada.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão já que de diabetes não há faltosos.

Esclarecer à comunidade e aos portadores de hipertensão e diabetes sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Esta ação vai ser desenvolvida primeiramente com a informação do dia e local que será realizada a palestra, a informação será divulgada por meio de cartazes disponíveis na UBS, escolas e pontos estratégicos como mercadinho, além disso os agentes comunitários farão visitas domiciliares avisando sobre a palestra. Realizaremos essas palestras mensalmente e toda a equipe será responsável, nesta ressaltaremos sobre a importância de manter em dia as consultas e os exames clínicos e laboratoriais, também ouviremos a opinião da população.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos, quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Para tanto será feito um treinamento específico com os ACS, os quais passarão o dia em estudo acerca do assunto apresentado e dessa forma serão capacitados para oferecer um melhor atendimento aos hipertensos e diabéticos quanto a periodicidade de suas consultas. Esse treinamento será ministrado pelo médico e enfermeiro de quinze em quinze dias.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Para garantirmos uma segurança maior nos registros dos hipertensos será verificado semanalmente, especificamente no último dia de trabalho da semana (sexta feira) ao final do expediente todos os prontuários e ficha de HIPERDIA dos pacientes, sendo responsável por esta ação o médico e enfermeiro.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Trabalharemos em equipe para manter todas as informações precisas em dias. Nesta ação será envolvida toda a equipe, dessa forma todos serão responsáveis por essa tarefa. Semanalmente ao revisar os registros será colocado advertências em cima da ficha que estiver com exames em atraso e assim a equipe irá se mobilizar para fazer uma busca ativa deste paciente.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: a fim de orientarmos os pacientes sobre seus direitos com relação ao acompanhamento de seu quadro de saúde, faremos palestras mensalmente que serão dirigidas pelo médico e enfermeiro. Para tanto, divulgaremos dia e horário por meio de cartazes expostos na UBS, escolas e pontos estratégicos da comunidade como os mercadinhos.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabéticos. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Para garantirmos e obtermos um atendimento qualificado na UBS faremos uma vez ao mês uma capacitação com toda a equipe, esta ação será comandada pelo médico que orientará a equipe como realizar adequadamente os procedimentos clínicos nas consultas e ainda como registrar o acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:** Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Iremos fazer um trabalho de mapeamento por meio de uma revisão minuciosa nos prontuários, cadernetas de HIPERDIA e ficha espelho de cada paciente cadastrado. Esta ação será realizada uma vez ao mês por os enfermeiros e médico da equipe.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Priorizaremos os pacientes identificados como de alto risco e reservaremos um dia da semana especificamente para o atendimento dos mesmos. O responsável por o cumprimento desta ação será o médico.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Tomaremos medidas para esclarecer a população, hipertensos e diabéticos cadastrados, sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis; para tanto, realizaremos juntamente com toda a equipe de trabalho palestras onde abordaremos essa temática; incentivaremos a prática de exercícios físicos e orientaremos sobre a importância de ter uma alimentação adequada e saudável, enfatizaremos também sobre a eficácia que esses cuidados dão ao tratamento daqueles que já são diagnosticados com essa doença. A palestra será realizada semanalmente e o responsável será o médico e os enfermeiros.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Escolheremos mensalmente um dia para toda a equipe aprofundar seus conhecimentos e se capacitar, encabeçada pelo médico esta ação tratará de um treinamento sobre assuntos que são de suma importância para os profissionais da UBS como: saber as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, conhecer e dominar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Após estudarmos o assunto faremos atividades para que fixe mais o assunto, além disso abriremos espaços para a equipe fazer perguntas e expor todas as suas dúvidas sobre o assunto, afim de obtermos um resultado melhor tanto nos estudos como na prática do dia a dia.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida através de palestras realizadas semanalmente, esse trabalho envolverá toda a equipe a começar pela informação do dia e local que será realizada a palestra, sendo responsável por isso os enfermeiros e técnicos de enfermagem; a notícia será divulgada por meio de

cartazes disponíveis na UBS, escolas e pontos estratégicos como mercadinho, além disso os agentes comunitários farão visitas domiciliares avisando sobre a palestra que será ministrada pelo médico e os enfermeiros da equipe de trabalho.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:** Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Faremos uma listagem com o nome de todos os pacientes fumantes e em seguida solicitaremos ao gestor medicamentos para o tratamento desses pacientes, reforçaremos o pedido a cada mês após analisarmos o quadro de cada um, será responsável por esta ação o médico e os enfermeiros.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:** Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Analisaremos o prontuário e as cadernetas de HIPERDIA dos pacientes fumantes e colocaremos em cima de sua ficha um papel de alerta identificando-o, para que dessa forma a cada consulta possamos orienta-los sobre os riscos do tabagismo e sobre a existência do tratamento para o abandono. Faremos isso semanalmente e será responsável por esta ação o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:** Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Mensalmente faremos um treinamento com toda a equipe para aperfeiçoar ainda mais nossos conhecimentos, abordaremos o assunto de diversas formas para que assim fixe bem o assunto e possamos alcançar um excelente aprendizado, o estudo será ministrado pelo médico.

### **2.3.2 Indicadores**

Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura de hipertensos e manter a de diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Manter os 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.



Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativo ao objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.4: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.5: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.6: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.7: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.8: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

### **2.3.3 Logística**

Apesar de a UBS Bela Vista Piató não possuir uma infraestrutura adequada não coincidindo com o preconizado pelo Ministério de Saúde do Brasil, no Manual da Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, nossa equipe de trabalho está se esforçando para alcançar os objetivos traçados no projeto de intervenção.

Para realizar a intervenção com foco na ação programática de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, adotaremos como Protocolo o Manual para Hipertensos e Diabéticos do Ministério da Saúde, 2012. Utilizaremos os Cadernos de Atenção Básica nº 16 de 2006 de Diabetes Mellitus e o Caderno de Atenção Básica nº 15 de 2006 de Hipertensão Arterial também os prontuários clínicos, caderneta de hipertensos e diabéticos, livro de registros do programa HIPERDIA na UBS e a ficha espelho disponibilizada pelo curso, com a finalidade de coletar os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção. As cópias das fichas espelho serão disponibilizadas pela secretaria municipal de saúde do município, através do gestor municipal.

Garantiremos o preenchimento adequado dos prontuários e manteremos todos os registros atualizados, assim como o controle dos exames de cada paciente. Vale ressaltar também que a pesquisa ativa junto aos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares, resulta positivamente para aumentar a cobertura do programa na área de abrangência da UBS, pois permite a busca de pacientes faltosos as consultas, bem como favorece o diagnóstico precoce destas doenças envolvendo toda a equipe nesse trabalho. As consultas ocorrerão todos os dias e turnos da semana, atenderemos a demanda programada e a espontânea também, garantindo um atendimento de qualidade e humanizado na Unidade Básica de Saúde Bela Vista Piató.

Com estas medidas acreditamos garantir um atendimento eficiente e qualificado, dando prioridade às ações de prevenção e promoção da saúde, melhorando sistematicamente a qualidade dos atendimentos. Estimamos alcançar e elevar o percentual de cobertura dos hipertensos de 57% para 80% e manter os 100% dos diabéticos cadastrados, já que ao analisar os prontuários, ficha espelho e a caderneta de HIPERDIA, iremos constatar os pacientes faltosos os quais buscaremos, além de identificar e controlar os exames que devem estar em dia conforme preconiza o protocolo.

Para organizar o registro específico do programa, médico e enfermeiros irão revisar semanalmente o livro de registro de HIPERDIA da UBS, identificando todos os pacientes que vieram ao serviço para consulta nos últimos três meses; localizaremos os prontuários clínicos dos hipertensos e diabéticos e os enfermeiros transcreverão todas as informações disponíveis do prontuário para a ficha espelho. Além disso, anexaremos informações importantes, por exemplo, colocaremos um bilhete na frente do prontuário alertando de que o paciente tem exames clínicos e laboratoriais em atraso, exame bucal, avaliação nutricional e consultas em atraso, identificando assim, os pacientes faltosos. Dessa maneira, coletaremos todos os dados necessários para monitoramento da intervenção para finalmente alcançar os objetivos que traçamos.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS, assim, começamos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico de Hipertensos e Diabéticos para que toda a equipe utilize esta referência na atenção à este grupo de pacientes. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS e para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para as reuniões da equipe, as quais são feitas semanalmente. Nestes encontros cada membro da equipe estudará uma parte do Manual Técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, socializando e colocando em prática os conhecimentos adquiridos.

Após a capacitação da equipe realizaremos um trabalho semanalmente que envolva toda a comunidade, a fim de conscientizar a população sobre os riscos e prevenção da hipertensão e diabetes; para tanto, faremos palestras onde retrataremos sobre os fatores riscos e cuidados que devem ser tomados para evitar e tratar essas doenças. Colocaremos ainda murais informativos na unidade e nas

distintas comunidades, para que todos saibam da realização das palestras e, além disso, informaremos por meio de um trabalho domiciliar casa a casa realizado juntamente com os agentes comunitários de saúde; as palestras serão de responsabilidade do médico e enfermeiros, no entanto haverá participação de toda a equipe.

Abordaremos e esclareceremos a importância de modificar estilos de vida inadequados que constituem fatores de riscos para as doenças crônicas, como por exemplo: enfatizaremos a importância dos exercícios físicos evitando o sedentarismo, a desestimulação do tabagismo e o alcoolismo, o papel de uma alimentação saudável combatendo a obesidade, a existência de hábitos tóxicos como a ingestão excessiva de café; fatores de suma importância no tratamento tanto para hipertensos como para diabéticos, pois o controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações destas doenças crônicas, resultando em melhor qualidade de vida dos indivíduos diabéticos e hipertensos já que para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensão e diabetes.	X															
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X															
Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de hipertensos e diabéticos solicitando apoio para a captação do programa HIPERDIA e para as demais estratégias que serão implementadas.	X															
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encontro com os grupos de hipertensos e diabéticos.				X				X				X				X
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos faltosos.	X															
Busca ativa dos hipertensos faltosos às consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião da equipe para avaliação das ações e resultados alcançados				X				X				X				X

### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Nesta ocasião chegamos ao final de mais uma etapa da intervenção apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família; estamos felizes, pois apesar de não termos participado presencialmente de 4 semanas de intervenção (em virtude do período de férias), conseguimos obter resultados positivos e alcançar boa parte das metas delineadas desde do início do projeto.

Realizamos toda a intervenção em conjunto com a equipe de saúde da UBS, os quais se esforçaram e não mediram esforços em prol de bons resultados; a eles só tenho a agradecer pela disposição e responsabilidade que cada um teve em cumprir seu papel, designado na primeira semana de intervenção, assim como parabenizá-los pelo empenho empregado nos estudos de capacitação, também realizados nas primeiras semanas de nosso cronograma.

Logo no início do projeto, fizemos contato com lideranças comunitárias que sempre nos apoiaram; vale salientar que também contamos com o apoio do gestor municipal para a realização da intervenção. Em nossas reuniões falamos sobre a importância da ação programática de hipertensos e diabéticos onde debatemos sobre as estratégias implementadas no projeto.

No eixo organização e gestão do serviço referente ao objetivo 1, foram feitas reuniões com a equipe de saúde com a apresentação do Projeto de intervenção, onde falamos das melhorias e problemas apresentados na UBS, para assim buscar-se soluções a fim de proporcionar aos usuários um melhor atendimento. Desta forma garantimos o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa Hiperdia, assim como o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, estetoscópios, fita métrica) e para verificação do



hemoglicoteste (glicosímetro e fitas de HGT) na unidade de saúde. Além disso, melhoramos o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

Com relação ao engajamento público, informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, assim como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente. Orientamos ainda a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Também discutimos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Esta ação foi realizada durante as palestras e encontros com os diversos grupos de hipertensos e diabéticos de cada comunidade e, além disso, essas informações sempre eram reforçadas nas reuniões da equipe de trabalho, pois o alvo da intervenção era proporcionar aos usuários hipertensos e diabéticos melhorias no atendimento, elevando por conseguinte, a qualidade de vida dos mesmos; portanto, os pacientes eram informados e conscientizados de seus direitos, assim como eram alertados sobre os cuidados que deviam ter. Os encontros com os grupos eram realizados nas comunidades a cada 3 semanas, ou seja, fizemos o primeiro encontro na 3ª semana de intervenção, na 7ª, e na 11ª respectivamente, conforme planejado no cronograma da intervenção, e esta foi uma das atividades que mais colaborou para o bom desenvolvimento e êxito da proposta, além de ser muito acolhida pela população adscrita a UBS. Esta ação também foi reforçada através de informativos, como cartazes e panfletos distribuídos por todas as comunidades.

Já no eixo da qualificação da prática clínica: Capacitamos a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Capacitamos os agentes comunitários de saúde para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Para esta ação fizemos treinamento na primeira semana com toda a equipe durante a capacitação dos profissionais de saúde da UBS e ainda durante as reuniões de trabalho semanalmente foi monitorado o processo de cadastramento com o objetivo de garantir o registro adequado dos hipertensos ao Programa HIPERDIA.

Correspondendo ao objetivo 2 do projeto, melhoramos a qualidade da atenção dos hipertensos e diabéticos. Para tanto, monitoramos a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, assim como acompanhamos o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e conforme a periodicidade recomendada. Além disso, monitoramos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Monitoramos também hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico; o monitoramento foi realizado pelo médico e enfermeiros da equipe, uma vez na semana, onde avaliávamos os resultados obtidos e observávamos as tarefas desenvolvidas na semana, assim como analisávamos onde precisávamos melhorar.

Na qualificação da prática clínica referente ao objetivo 2, capacitamos a equipe para a realização de exame clínico apropriado, assim como para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, além de capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obtenção do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. O responsável por esta ação foi o médico que capacitou a equipe sobre a forma correta para realizar o exame clínico integral assim como para a realização dos exames complementares nos pacientes hipertensos e diabéticos segundo o protocolo, a fim de alcançar um eficaz e integral atendimento aos usuários do grupo hiperdia. Esta ação foi realizada na primeira semana de intervenção durante a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensão e diabetes.

No engajamento público, orientamos os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do Diabetes Mellitus e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, salientando sempre sobre a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade dos mesmos. Esta ação foi realizada durante as palestras e encontros com os diversos grupos de hiperdia, onde orientamos os usuários quanto ao seu nível de risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.

Além disso, discutimos sobre a importância de examinar corretamente e cuidadosamente os pés periodicamente com o objetivo de prevenir complicações

destas doenças; por outra parte colocamos murais informativos na unidade e nas distintas comunidades informando sobre os diversos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial, dessa forma os pacientes sempre eram informados e conscientizados de seus direitos, assim como eram alertados sobre os cuidados que deviam ter, nesta ocasião abria-se um discurso com a temática e os pacientes tiravam todas as suas dúvidas sobre o assunto abordado. Estas ações preventivas também foram orientadas diariamente durante as consultas tanto médicas como durante o acompanhamento por parte do pessoal de enfermagem, pois nós aproveitamos cada momento oportuno para fomentar estilos de vida saudáveis e com isso lograr a modificação de condutas inadequadas presentes nas diversas comunidades adscritas a Unidade Básica de Saúde.

Quanto a organização e gestão para realização desses serviços, começamos definindo as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Organizamos ainda a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e garantimos a solicitação dos exames complementares. Mantivemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Os responsáveis por essas ações foram o médico e os enfermeiros da equipe que se encarregaram de capacitar aos técnicos de enfermagem sobre o atendimento integral dos pacientes hipertensos na atenção primária de saúde, com a finalidade de melhorar a situação da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS. O treinamento foi realizado a cada 15 dias, com o objetivo de melhorar e reorganizar o serviço da UBS.

Atendendo ao objetivo 3, melhoramos a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa. Dessa forma, monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

No eixo da organização e gestão do serviço, organizamos visitas domiciliares para buscar os pacientes faltosos e organizamos então a agenda para acolhermos os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Esta ação será desenvolvida através da busca ativa realizada semanalmente casa a casa nos lares dos pacientes cadastrados em Hiperdia. Esta ação era realizada semanalmente, segundo a programação das visitas domiciliares no âmbito das reuniões de trabalho, pois a equipe já tinha a intervenção inserida na rotina da UBS, o que facilitava o

cumprimento destas ações organizadas e monitoradas pelo médico e enfermeiros da Unidade Básica de Saúde.

No engajamento público, informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvimos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão já que no caso da diabetes não tivemos pacientes faltosos. Esclarecemos à comunidade e aos portadores de hipertensão e diabetes sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Esta ação foi desenvolvida através das palestras realizadas semanalmente na UBS e nos diferentes locais adaptados nas diferentes comunidades adscrita a Unidade Básica de Saúde; nesta feita também ressaltamos sobre a importância de manter em dia as consultas e os exames clínicos e laboratoriais, onde também abrimos espaço e ouvimos a opinião da população.

No eixo de qualificação da prática clínica, capacitamos os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos, quanto a realização das consultas e sua periodicidade. O treinamento com os agentes comunitários de saúde foi realizado na primeira semana de intervenção durante a capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos faltosos, foi de muita importância também o contato com as lideranças comunitárias o que permitiu o bom desenvolvimento da intervenção.

No que corresponde ao objetivo 4, melhoramos o registro das informações. Para tanto, monitoramos a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Na organização e gestão do serviço correspondente ao objetivo 4, mantivemos as informações do SIAB atualizadas, implantamos a ficha de acompanhamento (ficha espelho), pactuamos com a equipe o registro das informações. Dessa forma, organizamos um sistema de registro que viabilizasse situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Afim de garantirmos uma segurança maior nos registros dos hipertensos verificamos semanalmente os registros dos usuários cadastrados na UBS, especificamente no último dia de trabalho da semana (sexta feira) ao final do expediente, na ocasião todos os prontuários e ficha de Hiperdia dos pacientes eram analisados, e na medida que íamos revisando os registros ia sendo colocado advertências em cima da ficha dos pacientes, a advertência era feita de acordo com

a necessidade de cada um, exemplo que tinha exames em atraso ou que estava faltoso as consultas, e assim a equipe já se mobilizava para fazer uma busca ativa deste paciente sendo responsável por esta ação o médico e enfermeiro da equipe.

No eixo do engajamento público referente ao objetivo 4, orientamos os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Esta ação foi feita nos encontros com os grupos de hiperdia, realizados nas comunidades aproveitando também o contato mensal com as lideranças comunitárias as quais sempre apoiaram a nossa intervenção.

Na qualificação da prática clínica, utilizamos a primeira semana de intervenção e capacitamos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, assim como para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Atendendo ao objetivo 5, mapeamos os hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares. Monitoramos nesta ação o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Esta ação era efetuada nas consultas médicas.

Na organização e gestão do Serviço, priorizamos o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, organizamos também a agenda para o atendimento desta demanda. Para tanto, priorizamos os pacientes avaliados como de alto risco e reservamos um dia da semana especificamente para o atendimento dos mesmos, vale salientar que sempre abrimos espaço para a demanda espontânea. O responsável por o cumprimento desta ação foi o médico.

No eixo do engajamento público, orientamos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecemos aos pacientes e as comunidades quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Alertamos os pacientes para esta ação tanto nas consultas médicas como no âmbito das consultas do personal de enfermagem, além disso foram desenvolvidas palestras educativas, onde abordamos a temática e incentivamos a prática de exercícios físicos e orientamos sobre a importância de ter uma alimentação adequada e saudável, enfatizamos também sobre a eficácia demonstrada cientificamente destas ações no tratamento daqueles que já são diagnosticados com a doença, como para também prevenir e combater a aparição da hipertensão arterial e a diabetes mellitus, através destas modificações no estilo

de vida; pela eficácia que os fatores modificáveis apresentam no tratamento e prevenção destas doenças as palestras foram realizadas semanalmente e o responsável foi o médico e os enfermeiros respectivamente.

Na qualificação da prática clínica, ainda na primeira semana de intervenção, capacitamos a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Além disso, capacitamos a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitamos a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Correspondendo ao objetivo 6, promovemos a saúde de hipertensos e diabéticos, mediante a difusão e orientações de medidas, ações para a eliminação ou modificação dos principais riscos modificáveis, que podem ocasionar hipertensão arterial e diabetes mellitus, já que ambas as doenças compartilham muitos destes riscos, pois existem contundentes provas científicas que demonstram a eficácia destas medidas, para tanto foi ressaltado a importância de manter um peso adequado mantendo uma nutrição saudável e praticando atividades físicas regularmente evitando a obesidade e o sedentarismo, assim como alterações lipídicas no sangue, o que permite que os usuários da UBS possam levar uma vida mais longa e mais saudável, prevenindo ou diminuindo notavelmente a morbidade da hipertensão e diabetes nas diferentes comunidades adscrita, pelo que temos um grande desafio a seguir, que consiste em brindar a cada dia um melhor atendimento de forma integral aos pacientes, melhorando a saúde e a qualidade de vida das pessoas portadores destas doenças crônicas, proporcionando-lhe a população os meios necessários para melhorar a saúde e ter um maior controle sobre a mesma.

Por outra parte, foi de muita importância contar com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), mediante um trabalho integrado à equipe de Saúde da Família.

No eixo da organização e gestão do serviço, demandamos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Esta ação foi desenvolvida com a ajuda do gestor que nos disponibilizou o medicamento, proporcionado a melhoria de vida de alguns pacientes que reagiram bem a esse tratamento; mas neste aspecto ainda temos muito pela frente, pois o município de Assu\RN ainda não se encontra totalmente inserido neste método de tratamento para o abandono ao tabagismo, mas vem obtendo-se melhorias neste aspecto com o apoio dos gestores.

No engajamento público, orientamos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Ao analisarmos o prontuário e as cadernetas de hiperdia colocamos em cima da ficha dos pacientes fumantes um papel de alerta identificando-o, para que dessa forma a cada consulta realizada com esse paciente ele pudesse ser orientado sobre os riscos do tabagismo, assim como sobre a existência do tratamento para o abandono. Esta ação foi feita semanalmente sendo responsável por esta ação o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, mas vale assinalar a situação antes explicada no município com respeito a este método de tratamento ao tabagismo; o que dificultou este aspecto, no entanto já é possível perceber avanços na implementação deste método aqui no município Assu\RN.

Quanto à qualificação da prática clínica, capacitamos a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas. Capacitamos também, a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Todas as ações do eixo monitoramento e avaliação aconteceram durante o período da intervenção através do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos no Programa Hiperdia e da digitação e acompanhamento periódico desses pacientes na planilha.

No dia 16/06/2015, foi realizado mais um encontro com o grupo HIPERDIA; esses encontros estão propostos no projeto de intervenção, onde (ao longo de 16 semanas) foram colocadas em prática as estratégias de adesão. Considerando a estratégia de educação em saúde, essencial para estimular hábitos saudáveis de vida, foram apresentados vídeos educativos sobre a temática, além de um diálogo bastante produtivo com instante para considerações e retirada de dúvidas.

A população recebeu o projeto de intervenção de forma educada e solidária, o que muito contribuiu para nosso trabalho e consequentemente para os resultados positivos nele alcançados. A equipe ficou muito satisfeita com os objetivos cumpridos, pois muito se esforçou para conseguirmos atingir êxito no trabalho. Dessa forma, conseguimos elevar o percentual dos hipertensos e manter o quadro dos diabéticos cadastrados e monitorados pela equipe.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Neste caso, só tenho que agradecer a toda a equipe de trabalho e a cada um dos profissionais implicados na intervenção, pois foi possível realizar positivamente a totalidade das ações previstas no projeto de intervenção, além do que, cada um de nós se compromete em seguir melhorando o atendimento para elevar a qualidade de vida da população adscrita. O nível profissional e humano da equipe de trabalho, assim como o relacionamento entre os profissionais de saúde permitiu o bom desenvolvimento da intervenção.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Não houve dificuldades quanto ao preenchimento das planilhas e a sistematização dos dados era feita de forma controlada, pois além do caderno HIPERDIA e prontuários dos pacientes havia a ficha espelho que permitia o preenchimento e controle correto da planilha. Com o cálculo dos indicadores também não tivemos problemas, visto que o próprio esquema do Excel contabilizava os dados e mostrava o resultado, o que contribuiu muito para melhoria dos indicadores que estavam baixos, pois através dos resultados mostrados através dos gráficos, analisávamos a planilha e reforçávamos nosso trabalho em cima dos indicadores que estavam precisando de melhorias.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A intervenção foi incorporada pela equipe de maneira extraordinária, pois todos demonstraram interesse ao projeto, assim como empolgação, entusiasmo e o mais importante é que mostraram serviço e cumpriram o papel que havia designado para cada um, desde a construção do projeto. Embora a incorporação no cotidiano do serviço tenha sua execução planejada e preparada antes mesmo de acontecer através dos encontros de grupo, das reuniões realizadas com a equipe e ainda por meio da conexão do grupo criado no whatsapp, a equipe visualiza e realiza as ações de maneira natural na sua rotina diária.

À medida que a intervenção ia ganhando força e mostrando resultados positivos, encontrava motivação e se esforçava ainda mais no seu trabalho diário, o



que tornava a intervenção não só uma luta ou obrigação, mas também uma felicidade, que abrangia tanto o lado pessoal como o profissional, pois ajudar pessoas (reorganizando o atendimento e a forma de cuidar) nos torna mais humanos, mais felizes, pois poder contribuir com uma população é algo muito gratificante.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção teve como foco a ação programática de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e tratou da melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos com mais de 20 anos de idade pertencentes à Unidade Básica de Saúde Bela Vista Piató. Na área de abrangência da UBS estão adscritos 2.629 usuários, sendo que cadastrados no programa HIPERDIA temos atualmente 400 hipertensos 213 diabéticos.

A estimativa prevista no caderno de ações programáticas para hipertensos nessa área é de 545 usuários e com a intervenção elevamos o percentual desse grupo de 57% para 84%. A meta traçada inicialmente era conseguir 80%, portanto conseguimos êxito, ultrapassando um pouco a meta; no caso dos diabéticos o número alcançado na intervenção também ultrapassou a estimativa prevista no caderno de ações programáticas que era 156, nesse grupo conseguimos cadastrar 213 pacientes, número que manteve os 100% dos diabéticos em dia.

Para cada objetivo da intervenção foram estabelecidas metas com seus respectivos indicadores.

Considerando o objetivo específico 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

Meta 1.1: ampliar a cobertura de hipertensos para 80%.

No primeiro mês conseguimos cadastrar 12% dos usuários, o que correspondeu a 55 pacientes; já no segundo mês conseguimos elevar um pouco mais esse número atingindo 25%, o que correspondeu a 115; no terceiro mês conseguimos elevar esse percentual para 38% sendo atendidos 180 usuários ao total; no mês 4 atingimos 84% dos usuários (400 pacientes) número bastante

significativo, o qual nos deixou muito feliz. Segue abaixo o gráfico para verificação dos dados quantitativos acompanhados e melhorados mês a mês.

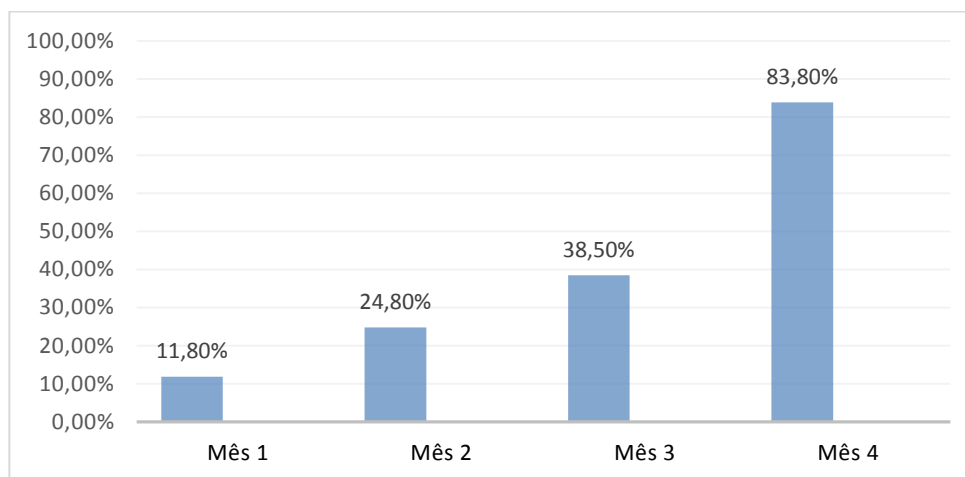


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na unidade de saúde, Assú/RN (2015).

Relativo à meta 1.2, de manter a cobertura dos diabéticos em 100%, conseguimos obter sucesso integralmente mantendo os 100% dos diabéticos ativos em suas consultas e em dias com os exames, tanto os laboratoriais como os complementares, uma vez que, os pacientes diabéticos cadastrados no programa não estavam faltosos as consultas; desta forma nos esforçamos para mantê-los em dia conforme preconiza o protocolo dos diabéticos. Além disso, nas visitas domiciliares e buscas ativas conseguimos encontrar novos casos detectados através dos exames de teste de glicemia evolutivos. Sendo assim, no mês 1 cadastramos 11,7% dos pacientes (25); no mês 2, 26,8% (57); no mês 3, 46% (98 pacientes) e no mês 4, 100% representado por 213 pacientes, correspondendo a totalidade dos usuários diabéticos da UBS.

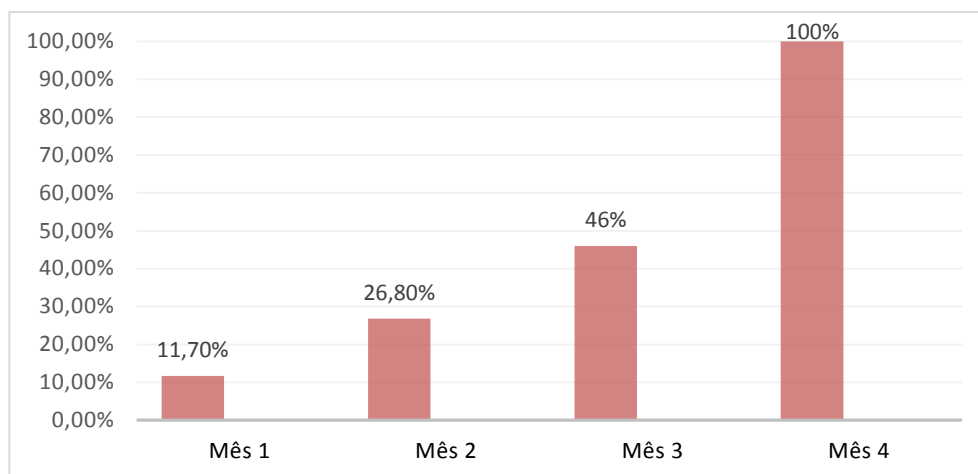


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na unidade de saúde, Assú/RN (2015).

Em relação ao objetivo específico 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

Na meta 2.1, que corresponde à realização do exame clínico apropriado aos 100% dos hipertensos, vale apontar que quando chegamos à UBS encontramos uma situação desfavorável, pois a mesma se encontrava sem médico, motivo pelo qual acumulava diversos problemas como, por exemplo, inadequado exame clínico dos pacientes hipertensos, assim como dificuldades no seguimento dos pacientes para um correto controle etc.

A intervenção traçou como meta mudar essa situação, e o gráfico demonstra evolutivamente o trabalho da equipe mês a mês, a qual conseguiu modificar favoravelmente este indicador alcançando melhorias, ainda com a equipe de trabalho incompleta, pois a mesma possui a necessidade de dois médicos quando na realidade só tem um, fato que repercutiu negativamente nesta meta, assim como a ausência de alguns pacientes as consultas, situação que também durante o trajeto da intervenção procurou-se melhorar. Desta forma, atingimos no mês 1, 55% de hipertensos (26); no mês 2, 50% (50); no mês 3, 53% (81) e no mês 4, 57% (190 hipertensos).

Na meta 2.2, que corresponde à realização do exame clínico apropriado aos 100% dos diabéticos, conseguimos bons resultados, tendo atingido 96% no mês 1 (24 diabéticos); 98% no mês 2 (56); 99% no mês 3 (97) e no mês 4, 99% (212 diabéticos). Mantivemos um integral exame clínico destes pacientes, predominando excelentes indicadores apesar de não atingir 100% dos pacientes, mas sem dúvida

se garantiu um bom exame clínico dos diabéticos adscritos a UBS, fato que possibilita um melhor controle e seguimento da doença.

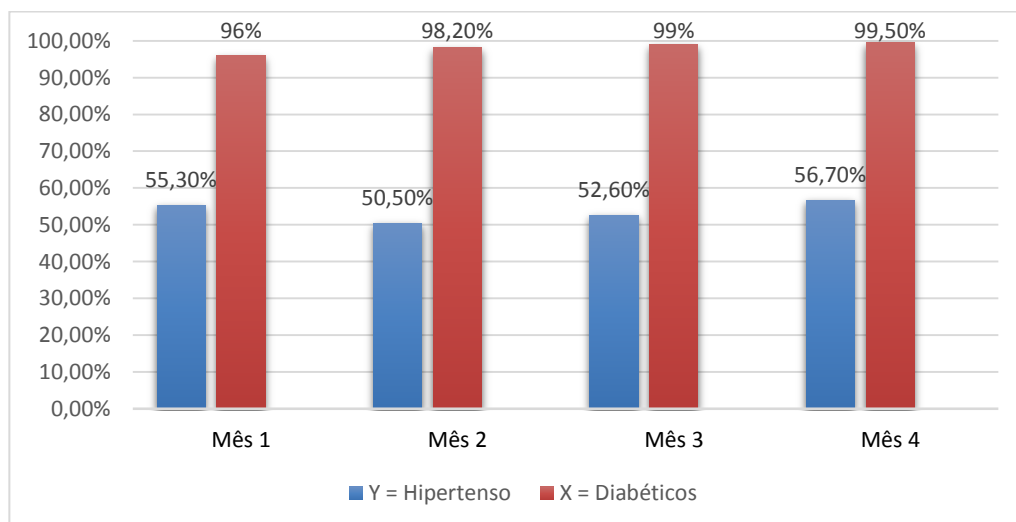


Figura 3: Proporção de Hipertensos e Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, Assú/RN (2015).

Correspondendo a meta 2.3 que era garantir 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, infelizmente não conseguimos atingir o percentual desejado, devido à obrigatoriedade dos pacientes deslocar-se das áreas rurais para a cidade, para assim obter a realização dos exames complementares, problemática que repercutiu negativamente neste aspecto, fato que possibilitou a existência de um número considerável de pacientes hipertensos faltosos aos exames complementares.

Garantimos no mês 1, 45% (21 hipertensos); no mês 2, 45% (45); no mês 3, 49% (76) e no mês 4, 55% (185). Além do componente econômico que acarreta dificuldades para os pacientes que se deslocam para fora da área rural, uma vez que, em sua grande maioria pertencem à classe econômica baixa, vale salientar que este problema está sendo avaliado pelos gestores e dirigentes municipais de Assú-RN e se percebem algumas melhorias neste aspecto.

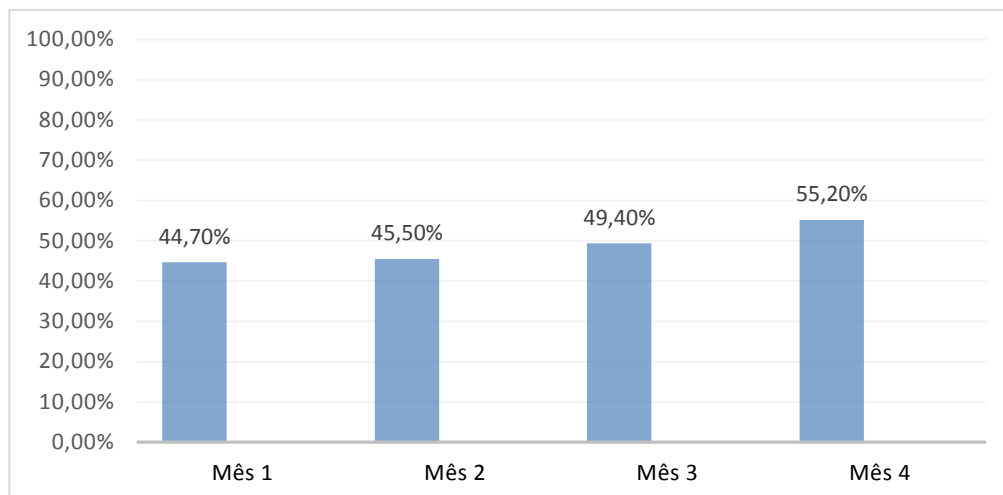


Figura 4: Proporção de Hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, Assú/RN (2015).

Na meta 2.4, garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, se encontrou um aumento significativo de pacientes com exames complementares em dia, ao apresentar um número elevado de diabéticos com exames atualizados, o que nos deixou muito felizes, pois é conhecida a problemática explicada anteriormente com a necessidade obrigatória do deslocamento dos pacientes para a cidade para a realização dos exames complementares. Sendo assim, obtivemos 92% dos diabéticos com exames complementares em dia no primeiro mês (23); 96% no segundo mês (55); 98% no terceiro mês (96) e 99% no quarto mês (211).

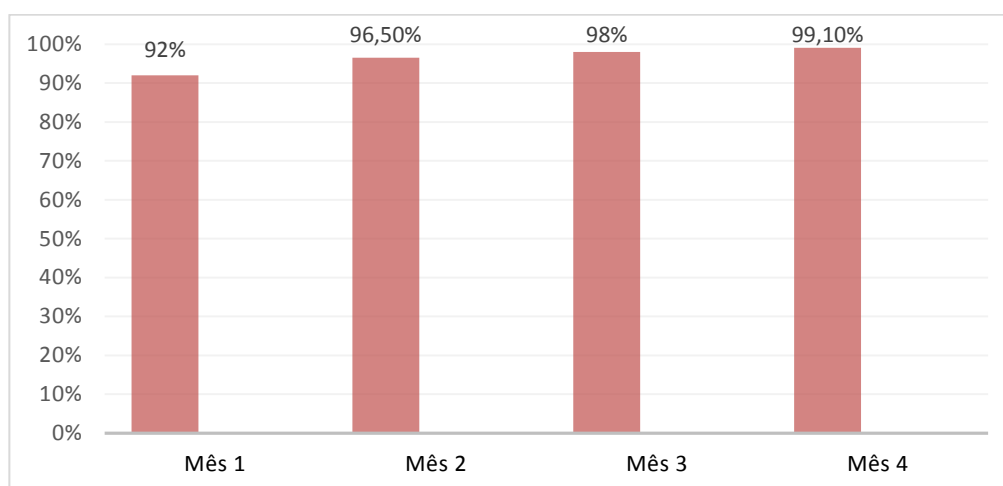


Figura 5: Proporção de Diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, Assú/RN (2015).

Relativo às metas 2.5 e 2.6 que consistiam em priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, obtivemos bons resultados já que nossa equipe em primeiro lugar priorizou o tratamento não farmacológico para os usuários hipertensos e diabéticos respectivamente, e quando se precisou de um tratamento farmacológico para o controle de ambas as doenças, foram priorizados os medicamentos cadastrados na farmácia popular.

Ressaltamos que em alguns casos os pacientes já eram medicados com medicamentos comerciais há vários anos e sentiam-se bem com o mesmo, em outros casos os pacientes usavam diversos medicamentos onde alguns pertenciam à farmácia popular e outros a farmácia comercial simultaneamente, razão que explica a não totalidade dos indicadores para esta meta.

Salientamos que mesmo assim, este aspecto não repercutiu negativamente no adequado controle dos pacientes, uma vez que sempre foi garantido o recebimento de fármacos pertencentes à farmácia popular para o tratamento medicamentoso; assim 84% dos diabéticos utilizava medicamentos pertencentes a farmácia popular no primeiro mês do estudo (21), porcentagem que contabilizou 75% no segundo mês (49), 81% no terceiro mês (79) e elevou-se para 89% no final do quarto mês (190). Quando foi investigada a porcentagem de hipertensos que utilizavam medicamentos cadastrados na farmácia popular se constatou um número maior, pois no primeiro mês eram 87% (41), passando para 84% no segundo mês (83), elevou-se para 87% no terceiro mês de estudo (134) e finalmente contabilizou 93% (211) no final do quarto mês.

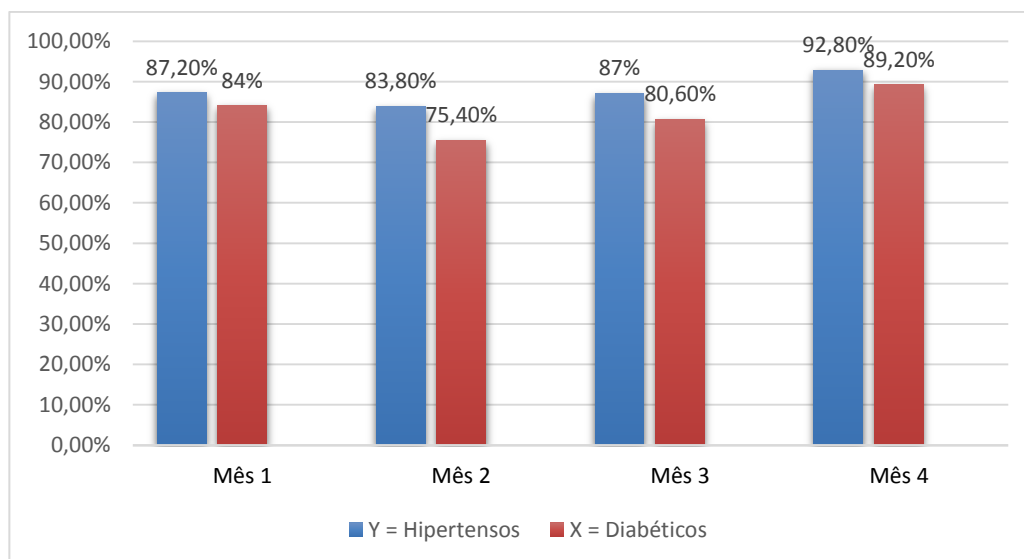


Figura 6: Proporção de Hipertensos e Diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada, Assú/RN (2015).

No que corresponde às metas 2.7 e 2.8 passamos algumas dificuldades, pois a UBS não possui um atendimento odontológico fixo para os pacientes que precisam deste serviço, sendo, portanto, o motivo para não atingirmos os 100% no gráfico dos indicadores. Para o indicador 2.7 que se refere aos hipertensos conseguimos atingir no mês 1, 79% (37 usuários); no mês 2, 90% (89); no mês 3, 93% (144); e fechamos no mês 4 o percentual de 97% dos pacientes (325). Consideramos este número bastante significativo, já que na maioria das vezes para esse atendimento o paciente precisava se deslocar das comunidades até o centro clínico municipal da cidade.

Para o indicador 2.8 que se refere aos usuários diabéticos conseguimos atingir cifras similares contabilizando-se 80% (20 usuários) no primeiro mês; 91% no segundo mês (52); 95% no terceiro mês (93) e 98% dos pacientes no quarto mês (208 usuários).

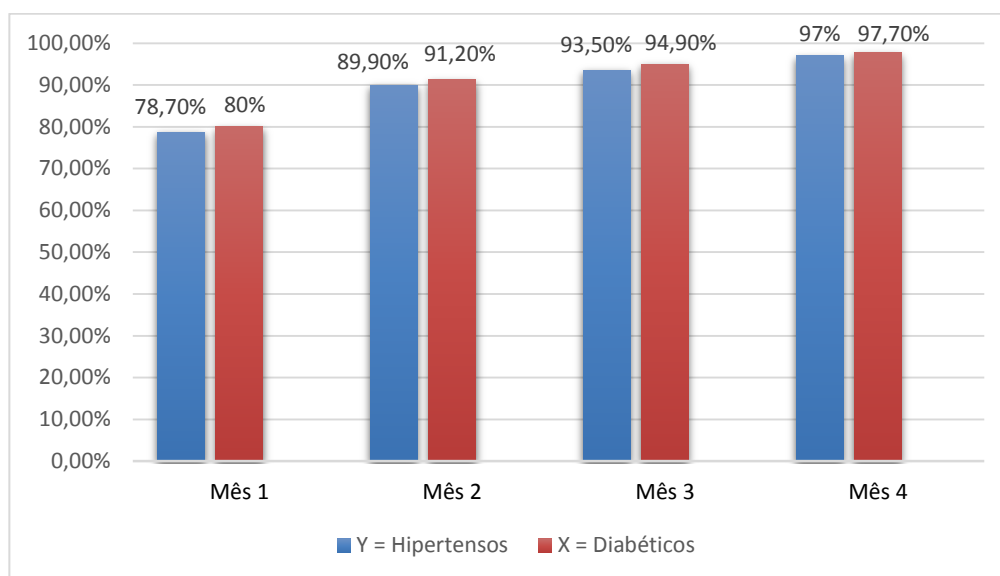


Figura 7: Proporção de Hipertensos e Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, Assú/RN (2015).

Considerando o objetivo específico 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

As metas 3.1 e 3.2 de nossa intervenção referem-se à proporção dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas na Unidade de Saúde com busca ativa. Esta meta foi bem-sucedida na intervenção, pois nos dedicamos muito para



trazermos de volta os pacientes que estavam faltosos. Notamos que para tanto foi essencial o trabalho em equipe que promoveu esta ação sem medir esforços.

Ao analisar este aspecto foi possível observar que para o primeiro mês do estudo a proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa representou 96% (26 pacientes), seguido de 98% no segundo (54), elevando-se para 99% no terceiro (78) e contabilizando-se finalmente 99% no quarto mês da intervenção (150), fato que foi possível pela árdua participação de toda a equipe de trabalho, destacando-se o trabalho desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde que realizaram um excelente trabalho.

No que se refere aos diabéticos (meta 3.2) não apresentaram falta nas consultas, conseguimos manter os 100% dos usuários cadastrados ativos nos atendimentos e ainda descobrir novos casos nas buscas ativas e visitas domiciliares.

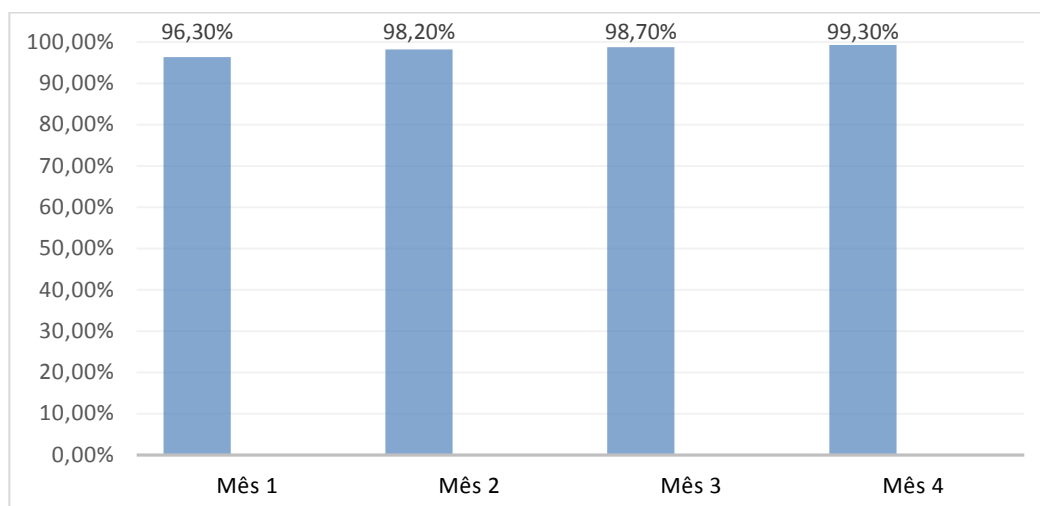


Figura 8: Proporção de Hipertensos faltosos as consultas com busca ativa, Assú/RN (2015).

Em relação ao objetivo específico 4 - Melhorar o registro das informações:

Para as metas 4.1 e 4.2 que correspondem ao melhoramento dos registros de informações para hipertensos e diabéticos, pode-se evidenciar um adequado resultado. Para os hipertensos, atingimos no primeiro mês 89% (42 usuários com registros adequados); no segundo mês 95% (94 usuários); no terceiro mês 97% (149) e no quarto mês 98% (330 usuários).

Para os diabéticos alcançamos no mês 1, 92% (23 usuários); no mês 2, 96% (55); no mês 3, 98% (96) e no mês 4, 99% (211 usuários). Tivemos alguns imprevistos em ambos os grupos como, por exemplo, o período de férias durante a intervenção e alguns feriados, fato que impossibilitou atingirmos esta meta

integralmente, no entanto ficamos com um percentual bastante significativo. Observa-se a seguir com o gráfico.

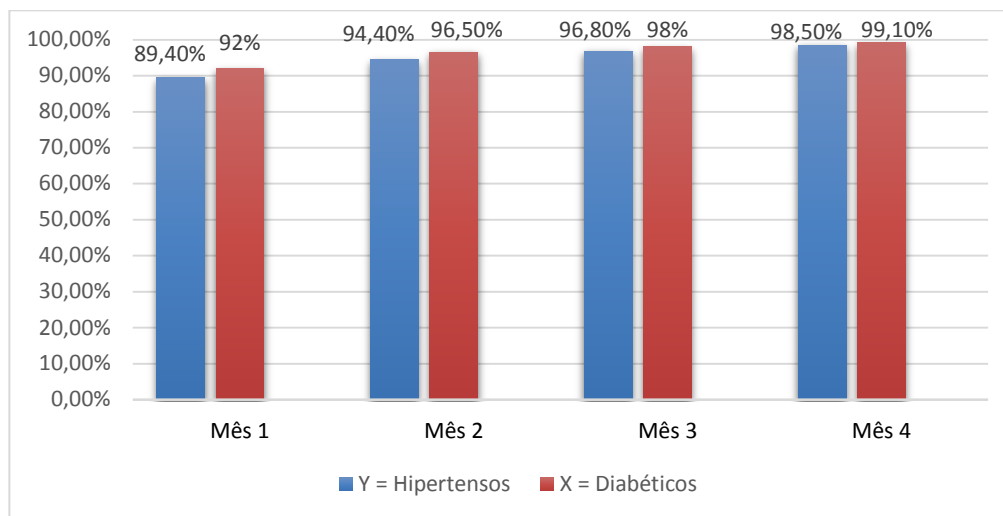


Figura 9: Proporção de Hipertensos e Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, Assú/RN (2015).

Considerando o objetivo específico 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

Ao analisar as metas 5.1 e 5.2 referente à proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, tendo em conta o exame clínico em dia, se pode observar que também alcançamos um número bastante significativo neste parâmetro, pois em ambos os grupos de pacientes foi possível acrescentar os exames clínicos com estratificação de risco cardiovascular.

No caso dos hipertensos (meta 5.1) esta proporção representou inicialmente 87% (41 usuários), no segundo mês 94% (93), elevando-se para 96% (148) no terceiro mês de estudo e finalizando com 98% no quarto mês (329 usuários). Por outro lado, quando foi investigada a estratificação do risco nos diabéticos (meta 5.2), as prevalências foram um pouco maiores representadas por 92% no primeiro mês da intervenção (23 usuários), seguido de 96% no segundo mês (55), elevando-se para 98% no terceiro (96) e 99% no quarto mês (211 usuários).

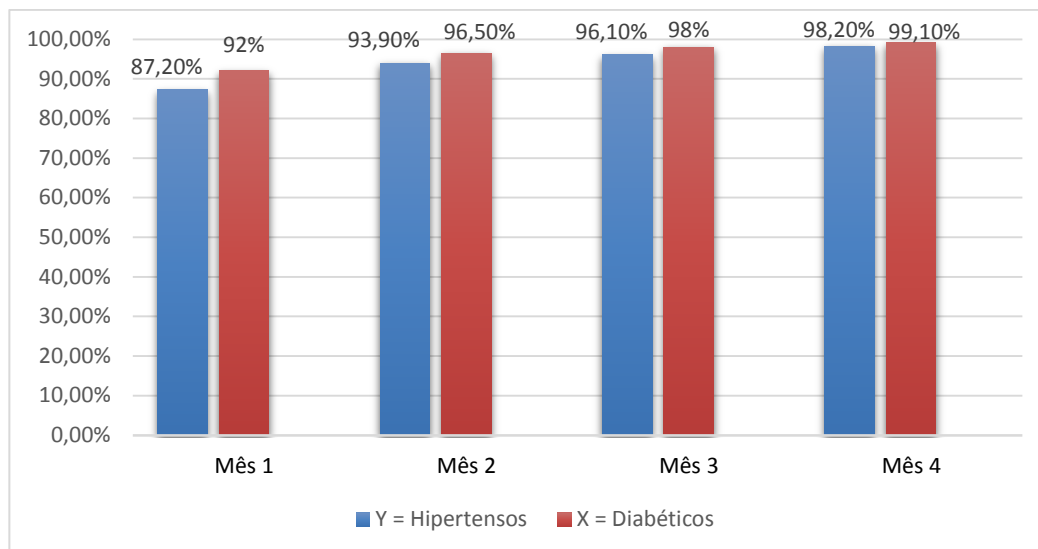


Figura 10: Proporção de Hipertensos e Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Assú/RN (2015).

Para o objetivo específico 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

Nas metas relativas ao objetivo 6, que era promover a saúde de hipertensos e diabéticos conseguimos atingir o percentual máximo em todos os meses de intervenção, ou seja, os 100% no gráfico dos indicadores, tanto para os indicadores dos hipertensos como para os diabéticos, de tal forma a equipe conseguiu desenvolver ações de promoção de saúde efetivamente, contabilizando-se no primeiro mês 47 usuários hipertensos, 99 no segundo mês, seguido de 154 no terceiro e ao finalizar o quarto mês 335 hipertensos respectivamente, representando a totalidade dos pacientes hipertensos acompanhados na Unidade Básica de Saúde; já para os diabéticos no primeiro mês foram realizadas ações de promoção de saúde atingindo 25 usuários, no segundo mês foram beneficiados com estas ações 57 diabéticos, incrementando-se para 98 no terceiro mês e finalmente 213 pacientes diabéticos respectivamente resultaram beneficiados com as importantes e imprescindíveis ações de promoção de saúde ao finalizar o quarto mês das intervenção, totalizando os 100% dos pacientes diabéticos da área adscrita na Unidade Básica de Saúde, vale ressaltar que foi valioso o aporte e sucesso de nossas palestras, onde debatemos aspectos de interesses como a importância de manter uma vida saudável, modificando estilos de vida inadequados longe do tabagismo e alcoolismo, assim como a importância da prática dos exercícios físicos regularmente, alimentação saudável e higiene bucal adequada.

Uma das ações que mais nos auxiliou nos resultados obtidos foi o mapeamento de toda a área adscrita, pois através da verificação dos registros de cadastramentos e das revisões nos registros que realizamos todas as semanas, detectamos as necessidades dos pacientes, ou seja, quais pacientes estavam em atraso clínico, assim como os que tinham dificuldades nos exames laboratoriais, exames clínicos em dia com a conseguinte classificação do risco cardiovascular entre outros; isso implica dizermos que os registros facilitaram de modo significativo o trabalho de intervenção.

## **4.2 Discussão**

A intervenção, em minha Unidade Básica de Saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Atualmente na UBS temos 875 famílias cadastradas, totalizando 2.629 pessoas, representadas por 1.451 mulheres e 1.178 homens. Nosso público alvo durante a intervenção correspondeu a 400 hipertensos, o que equivale a 84%, sendo que ao início da intervenção a porcentagem de hipertensos contabilizava 57%.

Quanto aos diabéticos, conseguimos manter acompanhados e controlados os 100% da estimativa do número de pacientes com 20 anos ou mais residentes na área (213), sendo ainda cadastrados novos pacientes, ultrapassando a estimativa prevista inicialmente para este grupo. Além disso, conseguimos modificar positivamente e integralmente a situação inicialmente encontrada na UBS em relação ao programa HIPERDIA, proporcionando a melhoria dos registros, a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco cardiovascular de ambos os grupos, tendo em visto os exames clínicos em dia.

Por outro lado, a equipe de trabalho priorizou e garantiu para ambos os grupos o recebimento de medicamentos pertencentes à farmácia popular, melhoramos a adesão dos usuários ao programa, onde foram resgatados vários pacientes na busca ativa, conseguindo desta forma um adequado controle das doenças e prevenindo a aparição de complicações. Ainda enfatizamos a importância de identificar e combater os diversos fatores de riscos, dos quais vários são compartilhados pela hipertensão arterial sistêmica e pelo diabetes mellitus.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus. Esta atividade promoveu primeiramente o trabalho integrado do médico juntamente da equipe, uma vez que o mesmo se encarregou quanto a capacitação dos profissionais de saúde da UBS, onde foi estabelecido, entre outros aspectos, o papel de cada profissional na intervenção.

A equipe de trabalho desde o início demonstrou empolgação e interesse na intervenção abraçando a causa com amor e dedicação, sendo que cada um exerceu de forma excelente seu papel. Felizmente em todo o trajeto da intervenção seguimos em conjunto e unidos, razão pela qual facilitou o desenvolvimento da mesma, pois a união faz a força. Unidos por um só objetivo o papel distribuído na primeira semana que era individual, acabou se tornando tanto individual como também coletivo, ou seja, todos abraçaram a causa e ajudávamos uns aos outros.

Através desta união conseguimos bons resultados e isto acabou gerando impacto também em outras atividades no serviço, tais como melhorias e desempenhos em todos os atendimentos da UBS e não somente junto ao grupo Hipertensão, devido à total inserção da intervenção na rotina diária da UBS.

Antes da intervenção as atividades de atenção a HAS e DM eram concentradas apenas no pessoal da enfermagem, pois quando fui contratado como médico da UBS fazia aproximadamente um ano que a Unidade Básica de Saúde não contava este profissional. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas com a conseguinte elevação da qualidade de vida da população.

Assim como a melhoria dos registros, o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Dessa forma, apesar das dificuldades, nosso trabalho vai caminhando para melhorar a saúde da população, levando em consideração dados como perfil demográfico e epidemiológico, contexto histórico e cultural, lideranças locais e outros que foram considerados importantes para nossa intervenção no processo saúde-doença.

O impacto da intervenção foi percebido e aplaudido pela comunidade que ficou muito satisfeita com o desenvolvimento da mesma, uma vez que, foi notório em

tudo o tempo os benefícios logrados através da intervenção, pois praticamente desde do primeiro contato com as lideranças comunitárias obtivemos o apoio necessário para todas as estratégias de saúde que foram implementadas durante a intervenção, o que repercutiu positivamente no estado global de saúde da população adscrita, melhorando a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa HIPERDIA, garantindo o recebimento de fármacos pertencentes a farmácia popular, o adequado exame clínico destes usuários conforme o protocolo, com a conseguinte estratificação de risco cardiovascular entre outras ações.

Por outro lado, nos encontros com o grupo HIPERDIA sempre abríamos diálogos para tirar as dúvidas dos pacientes e aproveitamos também para dialogar com eles sobre as mudanças que a intervenção proporcionou na Unidade Básica de Saúde, quando ouvíamos agradecimentos e elogios do grupo.

Esse reconhecimento nos impulsionava a trabalhar cada vez mais na melhoria do atendimento dos hipertensos e diabéticos. Objetivamos cada vez mais, proporcionar ferramentas para evitar possíveis e temidas sequelas decorrentes de ambas as doenças, como por exemplo o temido pé diabético. Finalmente a inserção da intervenção na rotina da UBS repercutiu em nossas vidas tanto profissional como pessoal, pois nos sentimos mais humanos quando conseguimos elevar a qualidade de vida de toda uma comunidade com nosso trabalho.

A equipe de trabalho se sente satisfeita com tudo que já foi alcançado desde o início da intervenção até hoje, pois conseguimos modificar a situação desfavorável existente na UBS com respeito ao grupo HIPERDIA, onde atualmente é possível constatar importantes melhorias. Desta forma o que faria diferente, caso fosse realizar a intervenção neste momento, seria exigir a cada um de nós como profissionais de saúde maior entrega, responsabilidade, dedicação a cada novo dia, pois sempre é possível melhorar mais.

A intervenção já foi incorporada a rotina do serviço, temos planejado melhorar a qualidade de vida de outros grupos de pacientes, tendo como vantagem a experiência adquirida durante todo este trajeto já vivenciado por nossa equipe e a organização da demanda espontânea.

Como próximas estratégias a serem implementadas na Unidade Básica de Saúde, a equipe prioriza a real possibilidade, de inserir outros grupos de pacientes, em futuras intervenções como esta realizada com o grupo HIPERDIA, pois consideramos relevante este aspecto e acreditamos que mediante as mesmas

melhoraremos a situação da atenção à saúde de forma integral no âmbito da UBS, uma vez que todo cidadão tem direito a um atendimento de qualidade; outro grupo que pode incorporar-se seria o grupo do pré-natal, mas não descartamos a possibilidade de trabalhar e intervir em outros grupos tão importantes como o do pré-natal, com o objetivo de trazer melhorias a UBS.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezado Gestor(a):

Este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção com foco na Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus com mais de 20 anos na Unidade Básica de Saúde Bela Vista Piató, situada no município de Assu/RN.

Antes da intervenção o atendimento a este grupo apresentava fragilidades como: o controle dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA era levado por enfermeiros, pois a UBS quando cheguei estava a aproximadamente a 1 ano sem médico, além das dificuldades estruturais e falta de equipamentos como balanças, macas, o que repercutia diretamente na qualidade e integralidade do atendimento médico a este grupo de pacientes priorizado no nível primário de saúde.

Após constataremos por meio da análise situacional que a UBS acima citada possuía dificuldades no atendimento adequado do grupo HIPERDIA, nossa equipe de trabalho resolveu intervir no grupo com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos. Para tanto, elaboramos ações que foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família. Desta forma, organizamos as ações através de um cronograma criado desde o início do projeto e aprovado pela equipe de trabalho da UBS, mediante o qual, desde a primeira semana de intervenção, foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática, fato que possibilitou o controle e bom desenvolvimento da intervenção.



Todas as ações foram desenvolvidas seguindo os seguintes eixos do Projeto Pedagógico do curso de especialização: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação; engajamento público e qualificação da prática clínica.

Passadas as 16 semanas de intervenção obtivemos resultados como: Aumento significativo na adesão dos usuários hipertensos, elevando a porcentagem de 57 para 84% ao final da intervenção, no caso dos diabéticos conseguimos manter os 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa hiperdia; por outra parte garantimos o recebimento de fármacos pertencentes a farmácia popular, atingindo 89,20% dos usuários diabéticos e 92,80% dos hipertensos respectivamente; além disso 99% dos diabéticos, assim como 98% dos hipertensos, tiveram realizadas a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, finalmente 100% dos usuários de ambas as doenças receberam orientação para a promoção de saúde, fato que possibilitou uma melhoria significativa nos indicadores de qualidade, resultando em melhores condições de saúde e de vida da população adscrita na UBS.

A intervenção encontra-se totalmente inserida na rotina da UBS, e felizmente quanto a isso não tivemos problemas, pois a equipe de trabalho desde do início abraçou a intervenção com entusiasmo e garra para obter todos os resultados anteriormente mencionados; em conjunto conseguimos reorganizar e qualificar o atendimento médico prestado ao grupo HIPERDIA, a equipe de trabalho se esforça a cada dia e se compromete para que as mudanças positivas no atendimento ao dito programa, resultantes da intervenção, continuem sendo desenvolvida pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde, uma vez que estas ações permitem que eventuais problemas sejam diagnosticados precocemente, como por exemplo possíveis complicações, o que aumenta consideravelmente o controle efetivo de ambas as doenças e portanto a melhoria sistemática na atenção aos usuários do grupo HIPERDIA.

Para tanto, contar com a ajuda dos gestores sempre resultou benéfico, proporcionando entre outras questões o apoio logístico e os recursos necessários, garantindo os direitos dos usuários, o qual resulta muito importante; enfim entendemos que para manter e continuar melhorando o panorama do atendimento médico na UBS é necessário o apoio de todos: gestores, profissionais de saúde e usuários.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

O relatório a seguir relata para a comunidade como foi desenvolvida a intervenção sobre a melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde Bela Vista Piató, município de Assu/RN.

Mediante a realização da análise situacional da UBS, nossa equipe de trabalho identificou os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais a população estava exposta e desenhamos intervenções para a melhoria dos problemas mais frequentes encontrados, tanto no âmbito individual como coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, buscando sempre a atenção integral do indivíduo como um ser biopsicossocial.

A UBS possui 875 famílias cadastradas, totalizando 2.629 pessoas, representadas por 1.451 mulheres e 1.178 homens. Após a análise situacional identificou-se que um dos principais problemas era o inadequado atendimento e seguimento aos pacientes pertencentes ao grupo HIPERDIA, pois quando analisamos a situação existente com respeito a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), nossa equipe de trabalho sentiu a necessidade de planejar uma intervenção para melhorar a atenção a hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde.

A partir daí durante 16 semanas passamos a exercer estratégias efetivas de promoção da saúde, detectamos grupos de risco, a fim de que a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais, residentes na área da UBS fosse adequada a nossa realidade, uma vez que a hipertensão arterial é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis em nossa área. Inicialmente existiam 311 pacientes hipertensos cadastrados e todos eram maiores de 20 anos de idade, mas a estimativa era de 545 usuários, existindo uma parcela oculta, pois o número de pacientes cadastrados como hipertensos não coincidia com a realidade.

Por outro lado, nos propusemos a manter e melhorar cada vez mais o que já havia sido obtido com o grupo de diabéticos, visto que apesar de a cobertura atingir os 100% dos usuários diabéticos, nossa equipe percebeu que poderíamos melhorar ainda mais a qualidade dos atendimentos, o adequado controle da doença, evitar as temidas complicações e ainda diagnosticar oportunamente novos casos. Para isso, priorizamos sempre as ações de promoção e prevenção de saúde, trabalhamos nas modificações de modos e estilos de vida inadequados, itens que são primordiais na prevenção e tratamento de ambas as doenças e, desta forma, proporcionamos atividades na comunidade, onde ressaltamos a importância de manter uma alimentação adequada, um controle do peso corporal, evitando a obesidade. Estimulamos ainda a prática de exercícios, o abandono do tabagismo, a redução do consumo de bebidas alcoólicas, a diminuição do estresse e outras.

Além disso, foram desenvolvidas outras atividades para atingir os objetivos da intervenção como: capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensão e diabetes, contato com as lideranças comunitárias, tendo como objetivo de que a comunidade se sentisse identificada com a intervenção e nos fornecesse o necessário apoio.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas com a conseguinte elevação da qualidade de vida dos pacientes das diferentes comunidades, repercutindo positivamente no estado global de saúde da população adscrita, melhorando a adesão de hipertensos para 84% quando antes era 57%, já no caso dos diabéticos conseguimos manter os 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA, ainda garantimos o recebimento de fármacos pertencentes a farmácia popular, atingindo 89,20% dos usuários diabéticos e 92,80% dos hipertensos respectivamente; além disso 99% dos diabéticos, assim como 98% dos hipertensos tiveram realizadas a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia e 100% dos usuários de ambas as doenças receberam orientação para a promoção de saúde, fato que possibilitou uma melhoria significativa nos indicadores de qualidade, seguido de uma maior efetividade do Programa Hiperdia, resultando em melhores condições de saúde e de vida da população adscrita na Unidade Básica de Saúde, isso trouxe o reconhecimento e apoio das comunidades, fato que nos impulsiona a trabalhar cada vez mais, na melhoria do atendimento da população adscrita, tendo finalmente efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde da comunidade; isto

possibilitou a inserção da intervenção na rotina da UBS, que repercutiu também em nossas vidas tanto profissional como pessoal.

Finalmente os objetivos inicialmente propostos, de melhorar a atenção de hipertensos e diabéticos foram cumpridos, trazendo benefícios inegáveis às comunidades, havendo indiretamente qualificação da atenção médica prestada pela Unidade Básica de Saúde aos usuários.

A comunidade pode auxiliar-nos na continuidade deste e outros projetos que possam surgir, por meio de sua interação com a equipe de saúde da área adscrita, apoiando como sempre fizeram com este projeto, identificando-se no mesmo, pois o objetivo geral desta intervenção assim como de outras futuras, vai ser sempre elevar a qualidade de vida das pessoas, fomentando atividades de educação e promoção de saúde, intervendo sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por o que cabe a mesma modificar conjuntamente com nós profissionais de saúde, estilos de vida inadequados presentes, garantindo uma assistência integral, permanente e de qualidade, pelo que acho muito favorável esta parceria entre comunidade e Unidade Básica de Saúde.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Estou feliz em cursar novamente um curso de pós-graduação relacionado a saúde da família, o primeiro foi a especialidade em Medicina Geral Integral, o qual cursei enquanto trabalhava na Venezuela; agora aqui no Brasil, estou cursando a Especialização em Saúde da Família. Inicialmente senti dificuldades devido à língua portuguesa, troca de regras na metodologia da investigação entre outras, mas por outro lado, é de grande valia ressaltar a importância da intervenção, pois mediante a mesma desenvolvi bastante e com esforço consegui atingir êxito, resultando num relevante trabalho em equipe.

No que diz respeito à prática vivenciada no dia a dia posso afirmar que participar da intervenção para mim foi uma honra, pois ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo, visto que todas as atividades foram realizadas em conjunto com a equipe, fato que me permitiu compartilhar aprendizados ao mesmo tempo em que recebi outros com a equipe.

No início cheguei a pensar que a intervenção seria difícil, mas logo nos adaptamos e sem que percebêssemos a intervenção já estava totalmente inserida na nossa rotina, tivemos algumas dificuldades em seguir o cronograma proposto devido a alguns feriados que houve, as minhas férias que aconteceram em meio ao período de intervenção etc, mas apesar disso a equipe de trabalho se esforçou e alcançamos bons resultados, melhorando qualitativa e quantitativamente a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos.

Acredito que poderia ter me doado mais ao curso, pois sempre podemos exigir-nos mais. Entretanto, diante dos resultados alcançados considero satisfatória a realização da minha intervenção e meu aprendizado, pois através da mesma me superei dia a dia como profissional de saúde, atualizando meus conhecimentos

científicos, ainda vale ressaltar a eficácia e importância dos estudos de práticas clínicas, dos casos interativos e outras atividades que me permitiram refletir minha prática clínica no dia a dia, além de aprofundar o conhecimento, fato necessário e imprescindível na medicina; por outra parte o curso de especialização em saúde da família da UFPel representou a porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro, o qual acho muito interessante por contar por exemplo com o Sistema Único de Saúde brasileiro, onde a atenção básica no Brasil é regida por princípios como: integralidade, qualidade, equidade e participação social.

## Referências

BRASIL. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Ministério da saúde, Organização Pan-Americana. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus - n.º 16 Série A**. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2006.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica - nº 15**. Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs). Acesso em: 10 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensos e Diabéticos Mellitus**. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básica de. Biblioteca virtual em saúde**. Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs). Acesso em: 10 set. 2014.

Prefeitura Municipal de Assú. Disponível em: <http://assu.rn.gov.br/historia/>. Acesso em: 28 out. 2014.

## **Apêndices**



## Apêndice “A” – Registros de imagens da intervenção



## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
	11										

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | **Mês 1** | Mês 2 | Mês 3 | Indicadores | + | : | < | >

Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | **Mês 1** | Mês 2 | Mês 3 | Indicadores | + | : | < | >



## Anexo C - Ficha espelho

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não      Tem DM? ( ) Sim ( ) Não      Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não      Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm      Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible]

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
Data						
Glicemia de Jejum						
HGT						
Hemoglobina glicosilada						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
Creatinina Sérica						
Potássio sérico						
Triglicerídeos						
EQU						
Infecção urinária						
Proteinúria						
Corpos cetônicos						
Sedimento						
Microalbuminúria						
Proteinúria de 24h						
TSH						
ECG						
Hemograma						
Hematócrito						
Hemoglobina						



## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante